

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



"LA INFLUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS Y DE  
FACTORES PSICOSOCIALES SOBRE LAS  
REPRESENTACIONES PRENATALES MATERNAS"

PRESENTADO POR:

DRA. DIANA IBARRA PATRON

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

MONTERREY, N. L.

ENERO, 2015



**“LA INFLUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE FACTORES  
PSICOSOCIALES SOBRE LAS REPRESENTACIONES PRENATALES  
MATERNAS”**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Lic. Daniela Escobedo Belloc**  
**Director de la Tesis**



---

**Dra. Ma. Asunción Lara Cantú**  
**Co-Director de la Tesis**



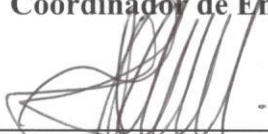
---

**Lic. Olga Damaris Gutiérrez Hernández**  
**Co-Director de la Tesis**



---

**Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza**  
**Coordinador de Enseñanza**



---

**Dr. Felipe Sandoval Avilés**  
**Coordinador de Investigación**



---

**Dr. Ricardo Salinas Ruiz**  
**Jefe de Servicio o Departamento**



---

**Dr. Med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“LA INFLUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS Y DE FACTORES  
PSICOSOCIALES SOBRE LAS REPRESENTACIONES PRENATALES  
MATERNAS”**

**PRESENTADO POR:**

**DRA. DIANA IBARRA PATRON**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

**MONTERREY, N. L.**

**ENERO, 2015**

**“LA INFLUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE FACTORES  
PSICOSOCIALES SOBRE LAS REPRESENTACIONES PRENATALES  
MATERNAS”**

**Aprobación de la tesis:**

---

**Lic. Daniela Escobedo Belloc**  
**Director de la Tesis**

---

**Dra. Ma. Asunción Lara Cantú**  
**Co-Director de la Tesis**

---

**Lic. Olga Damaris Gutiérrez Hernández**  
**Co-Director de la Tesis**

---

**Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza**  
**Coordinador de Enseñanza**

---

**Dr. Felipe Sandoval Avilés**  
**Coordinador de Investigación**

---

**Dr. Ricardo Salinas Ruiz**  
**Jefe de Servicio o Departamento**

---

**Dr. Med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## AGRADECIMIENTOS

*“La gratitud no es sólo la mayor de las virtudes,  
sino que engendra todas las demás”*

-Marco Tulio Cicerón-

Muchas fueron las personas que contribuyeron de una u otra manera para la realización de este trabajo, y es justo reconocerlo y agradecerlo. Esperando no olvidar a nadie...

Agradezco a mis tutores y compañeros que participaron en este trabajo...

En primer lugar, a la Lic. Daniela Escobedo Belloc por todo su apoyo y guía para la realización de este proyecto, por darme la libertad de explorar otros caminos y por siempre con el comentario exacto provocar la reflexión, mil gracias.

A la Dra. María Asunción Lara Cantú, por su generosidad para abrirme un espacio de aprendizaje en sus proyectos, por compartirme su experiencia y sus conocimientos, muchas gracias.

A la Lic. Olga Damaris Gutiérrez Hernández por su tiempo y aliento en las distintas etapas de este trabajo, gracias.

A mi estadista, el Dr. Neri A. Álvarez Villalobos, por su dedicación y paciencia.

A mi compañera, la Lic. Mónica Manjarrez García por su colaboración y disposición en este trabajo que emprendimos juntas.

Al Departamento de Obstetricia, por abrirme las puertas y colaborar en el proyecto.

A las mujeres entrevistadas por aceptar participar en este trabajo, por su tiempo y apertura para compartir su experiencia en esta importante etapa de sus vidas.

A mis profesores, por compartir sus experiencias y conocimientos a lo largo de este camino, pero sobretodo por ser un ejemplo de calidad humana y profesionalismo.

A mis compañeros y amigos que estuvieron conmigo en el camino de la residencia, porque

juntos compartimos angustias y alegrías, juntos crecimos y construimos nuestros proyectos, siempre dispuestos a ser un soporte, pero lo más importante, todos me dejaron algo de sí, gracias a todos.

De manera muy especial, quiero reconocer y agradecer a mi familia, su presencia, su apoyo e interés en esta faceta de mi vida, de manera individual...

En primer lugar, a mi adorado esposo Fernando, por su paciencia y comprensión, por su cariño y motivación para lograr esta meta, ¡gracias por ser mi roca y mi motor!

A mis padres, Manuel y Pilar, por su amor incondicional y por impulsarme siempre a dar lo mejor de mí, es una dicha tenerlos conmigo para compartir este logro.

A mis hermanos, Pili, Manolo y Alfredo, mis compañeros en la vida, siempre presentes y apoyándome en todos mis logros.

Por último... Gracias a la UANL, al Hospital Universitario, pero sobretudo al Departamento de Psiquiatría por brindarme la oportunidad de formarme como Psiquiatra, así como de crecer y madurar como persona y como profesional.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
Capítulo I. RESUMEN.....	1
Capítulo II. INTRODUCCIÓN.....	2
1. Depresión en la Mujer.....	2
2. Depresión en el Embarazo.....	3
3. Depresión Postparto (DPP).....	5
4. Representaciones Prenatales Maternas (RPM).....	6
4.1. Definición de las RPM.....	6
4.2. Historia y Referentes del Desarrollo de las RPM.....	7
4.3. RPM, Síntomas Depresivos y Trastorno Depresivo Mayor (TDM).....	8
4.4. RPM y Otros Factores Psicosociales.....	10
Capítulo III. METODOLOGÍA.....	12
1. Planteamiento del Problema.....	12
2. Preguntas de Investigación.....	12
3. Objetivos.....	13
4. Hipótesis.....	14
5. Muestra.....	14
5.1. Número de sujetos por incluir y fundamento del cálculo de la muestra.....	14
5.2. Criterios de Inclusión.....	15
5.3. Criterios de Exclusión.....	15
5.4. Criterios de Eliminación.....	15
6. Diseño del Estudio.....	15
7. Descripción de Instrumentos de Evaluación.....	15
7.1. Escala de Representaciones Prenatales Maternas (Condon, 1993).....	15
7.2. Inventario de Predictores de la Depresión Postparto, versión prenatal (Records, Rice y Beck, 2007) .....	17
7.3. Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (Cox, Holden y Sagovsky, 1987).....	18
8. Procedimiento.....	19
9. Análisis de Resultados.....	20

Capítulo IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
Capítulo V. RESULTADOS.....	23
1. Características de la muestra.....	23
2. Síntomas Depresivos.....	25
3. Calidad de las RPM.....	26
4. Factores Psicosociales.....	28
5. RPM y sintomatología depresiva.....	31
6. RPM y factores psicosociales.....	33
Capítulo VI. DISCUSIÓN.....	39
Capítulo VII. CONCLUSIÓN.....	45
Capítulo VIII. REFERENCIAS BLIBLIOGRÁFICAS.....	46
Capítulo IX. ANEXOS.....	53
1. Instrumentos Clinimétricos.....	53
2. Carta de Consentimiento Informado.....	64



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Pág.</b>
1. Características sociodemográficas.....	24
2. Características del embarazo.....	25
3. Síntomas depresivos y referencia a Psiquiatría.....	26
4. Factores psicosociales.....	30
5. Correlación entre síntomas depresivos y RPM de baja calidad.....	32
6. Síntomas depresivos en mujeres con RPM adecuada y de baja calidad.....	33
7. Correlación entre PDPI-R y RPM de baja calidad.....	34
8. Correlación de factores psicosociales y RPM de baja calidad.....	35
9. Factores psicosociales en mujeres con RPM adecuada y de baja calidad.....	36
10. Factores psicosociales en mujeres con CRM adecuada y de baja calidad.....	37
11. Factores psicosociales en mujeres con IP adecuada y de baja intensidad.....	38

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Pág.</b>
1. Calidad de las RPM (Calificación global y de subescalas CRM e IP).....	27
2. Estilos de RPM.....	28
3. Riesgo para depresión en el embarazo o DPP (PDPI-R).....	29

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

RPM	Representaciones Prenatales Maternas
CRM	Calidad de las Representaciones Maternas
IP	Intensidad de la Preocupación
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
DPP	Depresión Postparto
MAAS	Maternal Antenatal Attachment Scale
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
PDPI-R	Postpartum Depression Predictors Inventory

## Capítulo I

### RESUMEN

La depresión durante el embarazo se reconoce cada vez más como una condición prevalente e incapacitante que confiere potenciales consecuencias psiquiátricas y médicas graves a corto y largo plazo tanto para la madre, el bebé y la familia; y que presenta tasas comparables a las de depresión posparto (DPP). Por otra parte, durante el embarazo los padres manifiestan emociones, ideas y conductas en relación a su bebé antes de que nazca y se han planteado algunos referentes del desarrollo de estas representaciones prenatales maternas (RPM) y paternas y del establecimiento de una relación con el bebé. Existe una asociación entre la presencia de síntomas depresivos con RPM de baja calidad, así como de factores psicosociales de riesgo (descontento con el embarazo, embarazo no deseado, mayor nivel de estrés, escaso apoyo familiar, trauma interpersonal y abuso de sustancias). Por lo tanto, la calidad e intensidad de las RPM pueden constituir en sí mismas un factor de riesgo para el desarrollo de Depresión Mayor y de DPP o viceversa, no obstante esta asociación no se ha estudiado en población mexicana. Objetivo general: Evaluar la influencia de síntomas depresivos y de factores psicosociales sobre las RPM. Método: se incluyeron 92 embarazadas en el tercer trimestre gestacional que acudían a su control prenatal en el Hospital Universitario “Dr. José E. González”, a las que se les aplicó la Escala de Representaciones Prenatales Maternas (Condon, 1993), la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (Cox, Holden y Sagovsky, 1987) y la versión prenatal del Inventario de Predictores de Depresión Postparto (Records, Rice & Beck, 2007). Resultados: 10.9% presentó sintomatología depresiva significativa ( $EPDS \geq 14$ ); 19.6% arrojó una baja calidad de las RPM y 18.5% de las embarazadas presentó riesgo de depresión en el embarazo y de DPP ( $PDPI-R > 10.5$ ); se encontró una correlación significativa entre síntomas depresivos y RPM de baja calidad ( $r = -.418$ ,  $p < .0001$ ) y entre el PDPI-R y RPM de baja calidad ( $r = -.312$ ,  $p = .002$ ). El apoyo/satisfacción de pareja, el apoyo funcional de familia y amigos y los problemas financieros se asociaron a una baja calidad en las RPM. Conclusión: síntomas depresivos durante las últimas etapas del embarazo se correlacionan a representaciones maternas de baja calidad e intensidad en el período prenatal, y debido al posible impacto en la cualidad de la relación que se establece entre el bebé y la madre en el postparto deben incluirse en el control prenatal instrumentos clínicos orientados a identificar mujeres que presentan depresión o que están en riesgo de padecerla.

## **Capítulo II**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1. Depresión en la Mujer**

Los trastornos afectivos son más comunes en las mujeres que en los hombres en una proporción de 2 a 1 (Kessler et al., 1994). En el 2009 la Organización Mundial de la Salud soporta este dato al reportar que cada año unos 73 millones de mujeres adultas en todo el mundo sufren un episodio de Depresión Mayor.

Al igual que en otros países, en México la prevalencia de depresión en las mujeres es mayor que en los hombres. (Caraveo-Anduaga, Colmenares & Saldivar, 1999; Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas & Zambrano (2005); Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund (2007); Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco, 2012). Caraveo-Anduaga et al reportaron en 1999 una proporción de 2.5 mujeres por cada hombre; en el 2005 Medina-Mora et al corroboran este dato; y en el 2012 Rafful et al. reportaron que este dato es consistente en todos los grupos de edad; así como diferencias de género en cuanto al curso de la enfermedad y la edad de inicio en el grupo de edad de 30-44 años, en el que las mujeres se quejaron de mayor deterioro que los hombres por las actividades del hogar. Según Rafull et al. (2012) esta diferencia puede explicarse por la desigualdad en la división del trabajo; siendo ésta la edad en que las mujeres son más propensas al doble de carga ocupacional al cuidar a los niños pequeños, llevar a cabo las tareas del hogar y a menudo desempeñar un empleo externo (Instituto Nacional de las Mujeres, 2006); sin embargo, las mujeres de edad más avanzada fueron quienes reportaron más deterioro, lo que es quizás sugestivo a episodios más graves o menos apoyo social durante esta edad (Rafull et al., 2012). No obstante, la diferencia más relevante en cuanto al género es el riesgo de inicio temprano, que es coherente con la literatura reportada previamente (Kessler et al., 1993).

Varios factores han sido asociados a la diferencia de género en la prevalencia de la depresión (Rafull et al., 2012). Entre ellos están los roles sociales, experiencias familiares negativas durante la infancia, las normas culturales (Piccinelli & Wilkinson, 2000), la violencia relacionada con el sexo (Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos-Lira, Zambrano & Fleiz, 2005b), y



otros tipos de violencia infligidas por la pareja u otros miembros de la familia (Ludermir, Schraiber, D'Oliveira, Franca-Junior & Jansen, 2008; Natera, Juárez, Medina-Mora & Tiburcio, 2007). Todos estos factores también pueden contribuir a la falta de uso de los servicios de salud en las mujeres y al retraso tan importante (14 años) que se reporta para recibir tratamiento en México en el caso de los trastornos afectivos (Borges, Wang, Medina-Mora, Lara & Chiu, 2007).

## **2. Depresión en el Embarazo**

Hay evidencia de que los trastornos depresivos y de ansiedad pueden comenzar antes del nacimiento del bebé y que la prevalencia de depresión durante el embarazo es comparable a las tasas posparto (Evans, Heron, Francomb, Oke & Golding, 2001; Austin, 2004; Ocampo-Ortega, Heinze-Martin & Ontiveros-Urbe, 2007).

Ocampo-Ortega et al., (2007), evaluaron a 170 mujeres embarazadas mexicanas de las cuales 12.3% (n=21) fueron diagnosticadas con un Episodio Depresivo Mayor. Las variables asociadas de manera significativa fueron: embarazo no planeado, falta de apoyo por parte de los familiares y de la pareja, aborto(s) previo(s) y el antecedente personal de un Episodio Depresivo Mayor.

En los EE.UU. y en los países occidentales de 9-11% de las mujeres desarrollan depresión clínica prenatal (Gaynes, Gavin, Meltzer-Brody, Lohr, Swinson, Gartlehner, Brody & Miller, 2005); sin embargo, la prevalencia de síntomas depresivos prenatales en México se reportó en 21.7% (Ortega, Lartigue & Figueroa, 2001) y en América del Sur hasta en 66% (Vega-Dienstmaier & Zapata-Vega 2007).

En un estudio realizado en México (Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales, et al., 2006) con 300 embarazadas se reportó que el 30.7% presentaron síntomas depresivos, cifra mayor a la encontrada previamente (Ortega et al., 2001).

La depresión durante el embarazo se reconoce cada vez más como una condición prevalente e incapacitante que confiere potenciales consecuencias psiquiátricas y médicas graves a corto y largo plazo tanto para la madre, el bebé y la familia (O'Hara & Swain, 1996; Flynn,

Davis, Marcus, Cunningham & Blow, 2004; Marcus, Kaciroti, Volling, Gahagan, Neal, Flynn, et al., 2011). Algunas son el resultado de conductas poco adaptativas de la madre, tales como: malos hábitos de alimentación, falta de adherencia a los cuidados prenatales y mayor riesgo de involucrarse en conductas de riesgo para la salud, como el tabaquismo y el consumo de sustancias durante el embarazo (Flynn, et al., 2004), lo que aumenta el riesgo de resultados obstétricos adversos, incluyendo el parto prematuro y bajo peso al nacer (Bennett, Einarson, Taddio, Koren & Einarson, 2004; Grote, Bridge, Gavin, Melville, Iyengar & Katon, 2010; Ibanez, Charles, Forhan, Magnin, Thiebaugeorges, Kaminski, et al, 2012). Estos dos últimos también tienen una asociación bien establecida con la depresión y el estrés prenatal de las madres, así como la hipertensión inducida por el embarazo (Cardwell, 2013), y mayor riesgo de asma (Khashan, Wicks, Dalman, Henriksen, Li, Mortensen, et al., 2012).

Otros hallazgos provenientes de estudios prospectivos muestran que si la madre está deprimida, ansiosa, o estresada durante el embarazo es más probable que su hijo experimente una serie de resultados adversos en cuanto al desarrollo neurológico a diferencia de los hijos de otras madres. Estos incluyen un mayor riesgo de problemas emocionales, conductuales y cognitivos (Vandenbergh, Mulder, Mennes & Glover, 2005; Talge, Neal & Glover, 2007; Glover, 2011).

En cuanto a las complicaciones psiquiátricas a largo plazo, las investigaciones muestran que un porcentaje significativo de mujeres que experimentan depresión perinatal y ansiedad va a desarrollar trastornos recurrentes del estado de ánimo (depresión unipolar y bipolar) (McMahon, Barnett, Kowalenko & Tennant, 2005; Dipietro, Costigan & Sipsma, 2008). Aunque la aparición de síntomas del estado de ánimo y de ansiedad puede iniciar ya sea durante el embarazo o el período posparto, la depresión prenatal no tratada consistentemente ha demostrado ser uno de los mayores factores de riesgo para la depresión posparto (DPP) (Gaynes et al., 2005; Meltzer-Brody, Bledsoe-Mansori, Johnson, Killian, Hamer, Jackson, et al., 2013; Milgrom, Gemmill, Bilszta, Hayes, Barnett, Brooks, Buist et al., 2008), lo cual se asocia a un mayor riesgo de suicidio de la madre, infanticidio, disminución de la sensibilidad materna y del vínculo con el bebé (Lindahl, Pearson & Colpe, 2005; McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks & Hou, 2006; Paulson, Dauber & Leiferman, 2006). Además de las consecuencias de largo alcance en el lactante, la depresión materna también afecta fuertemente el estado de ánimo paterno, y tiene consecuencias importantes sobre el funcionamiento a corto y largo plazo de la familia (Paulson

& Bazemore, 2010). Por lo tanto, la enfermedad mental perinatal a menudo afecta negativamente a la relación de la pareja, lo que lleva a una menor armonía y satisfacción marital (Beck, 1996).

Estudios recientes han demostrado que entre otras consecuencias de la depresión prenatal, se encuentra su influencia sobre la calidad de las representaciones prenatales maternas del bebé (RPM), la cual, se encontró disminuida en mujeres embarazadas que presentaban puntuaciones positivas para síntomas depresivos (McFarland, Salisbury, Battle, Hawes, Halloran & Lester, 2011; Ossa, Bustos & Fernandez, 2012); tema que se desarrollará a detalle más adelante.

### **3. Depresión en el Posparto**

La Depresión Posparto (DPP) es un síndrome clínico que de acuerdo a los criterios del DSM-5 inicia en las primeras cuatro semanas después del parto y se caracteriza por tristeza, llanto, fatiga y sentimientos de incapacidad, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Frecuentemente están presentes sentimientos de culpa y autocensura por no cuidar al bebé lo suficiente o por experimentar rechazo hacia él. Otra característica relevante es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, y en cambio, se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de madre y pareja. Por lo anterior, la DPP es habitualmente sub-diagnosticada en los centros de salud, pese a que su prevalencia supera a la de enfermedades obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional (Management of perinatal mood disorders, 2012).

Los estudios de prevalencia de DPP mostraron datos variables en diferentes poblaciones del mundo, reportando cifras entre el 5 y el 35% (O'Hara & Swain, 1996; Lee, Yip, Chiu, Leung, Chan, Chau, et al., 1998; Cooper, Tomlinson, Swartz, Woolgar, Murray & Molteno, 1999; Tannous, Gigante, Fuchs, & Busnello, 2008; Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel, & Contreras, 2011). En el 2007 en México la prevalencia de DPP se reportó en 13.86% (Ocampo-Ortega et al., 2007), sin embargo un estudio más reciente arrojó una mayor prevalencia, siendo ésta del 18% (Almanza-Muñoz, Salas-Cruz, & Olivares-Morales, 2011).

En cuanto a los factores de riesgo Urdaneta, et al. (2011) reportaron una asociación significativa con el desarrollo de DPP a los trastornos médicos durante el embarazo, la

enfermedad del neonato, el nacimiento mediante cesárea, no contar con el apoyo familiar, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo de primaria o inferior. Mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector.

En México se han reportado discrepancias en los factores asociados: Ocampo-Ortega, et al., (2007) reportó que los antecedentes familiares y personales de depresión se asociaron con la presentación de depresión durante la cuarta semana posparto; sin embargo el resto de las variables (embarazo no deseado/planeado, apoyo familiar, apoyo de la pareja, aborto(s) previo(s), complicaciones obstétricas y estado civil) no tuvieron asociaciones significativas; a diferencia de Almanza-Muñoz, et al., (2011) que encontraron una asociación significativa de la DPP con embarazos no deseados, multiparidad, no tener una pareja estable, historia de aborto(s), baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico.

#### **4. Representaciones Prenatales Maternas (RPM)**

##### **4.1. Definición de las RPM**

Las representaciones prenatales maternas (RPM) se definen como los sentimientos, pensamientos y comportamientos que una madre desarrolla por su bebé durante el embarazo (Walsh, 2013).

La investigación en esta área se ha llevado a cabo utilizando diferentes constructos. Por ejemplo, el término de *apego prenatal* fue propuesto por Cranley (1981) quien lo definió como “el grado en que las mujeres se involucran en conductas que representan una afiliación e interacción con su hijo por nacer”; el *apego materno-fetal*, que Salisbury, Law, LaGasse & Lester (2003), lo definen como “la conexión emocional que una madre desarrolla con su feto durante el embarazo y se expresa en sentimientos, cogniciones y comportamientos”; y la *relación materno-fetal y representaciones prenatales maternas del bebé*, propuestas por Walsh (2013) ya descritas. Ya que la teoría del apego como la expusieron Bowlby (1969, 1980, 1988) y Ainsworth (1989) se basa en la observación de la conducta de la díada madre-hijo, y en especial, el apego se conceptualiza desde el elemento de la díada más vulnerable, es decir el infante, este modelo no aplica en la etapa prenatal. Por ello, en este trabajo nos referiremos al constructo

como la relación materno-bebé, medida a través de las RPM y de conductas asociadas (Walsh 2013).

A pesar de que Walsh (2013), se refiere al *feto*; también recomienda utilizar una terminología que sea accesible para las madres de la población de estudio, por lo que se ha optado para fines de este trabajo hacer referencia al *bebé* en lugar de al *feto*.

#### **4.2. Historia y Referentes del Desarrollo de las RPM**

Los padres manifiestan emociones, ideas y conductas en relación a su bebé antes de que nazca y se han planteado algunos referentes que ponen en evidencia el desarrollo de estas representaciones prenatales maternas y paternas y del establecimiento de una relación con el bebé. (Leifer, 1977; Lumley, 1980; Grace, 1989).

Leifer (1977) fue uno de los primeros investigadores en explorar la relación entre la madre y el bebé al entrevistar y aplicar cuestionarios a 19 primigestas en cada trimestre del embarazo y posteriormente en el período postparto. Los resultados evidenciaron que la conceptualización de la relación madre-bebé inicia desde el embarazo.

Más adelante, Lumley (1980) entrevistó a 30 primigestas australianas en cada trimestre del embarazo y en el período temprano del postparto. Los resultados mostraron que desde el primer trimestre un tercio de las mujeres se refirió al bebé como un individuo real reportando que experimentarían el dolor de la pérdida si tuvieran un aborto. También indicaron que estarían dispuestas a cambiar comportamientos para proteger y salvaguardar el desarrollo de su bebé por nacer. Para el tercer trimestre todas excepto dos de las embarazadas percibieron al bebé como un individuo real, lo que sugiere que la edad gestacional influye en el desarrollo de las RPM.

Otras investigaciones de Leifer (1980) y Lumley (1982) demostraron que la relación materno-bebé se intensifica rápidamente con la presencia de los movimientos fetales, un hallazgo que posteriormente fue evaluado por Mikhail, Freda, Merkatz, Polizzotto, Mazloom & Merkatz (1991), cuyos resultados sugirieron que la percepción de los movimientos fetales mejora el proceso del desarrollo de las RPM. Sin embargo, en un estudio más reciente Saastad, Israel, Ahlborg, Gunnes & Frøar (2011) no encontraron esta asociación; no obstante los autores



sólo evaluaron a las embarazadas en el tercer trimestre, lo cual pudo haber sido una limitante del estudio.

Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini (2005), realizaron un estudio con el propósito de investigar el papel de la ecografía de cuarta dimensión (4D) en el desarrollo de las representaciones prenatales en mujeres embarazadas (19 a 23 semanas de gestación) y en sus parejas, la cual se comparó con un grupo control al que se le realizaron ecografías de dos dimensiones (2D). Se evaluaron las RPM y paternas a través de la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) de Condon (1993) antes de realizar las ecografías 2D y 4D y 2 semanas después. A pesar de que no hubo diferencias significativas entre los grupos de ecografía 2D y 4D, si hubo un aumento progresivo de las representaciones maternas durante la gestación, lo cual ya se ha descrito.

En este sentido es evidente que las madres y los padres desarrollan representaciones prenatales en relación a su bebé (ideas y emociones) y establecen una relación con el mismo (conductas) previos a su nacimiento. Estas manifestaciones parecen desarrollarse conforme avanza el embarazo y se impactan de factores como la percepción de los movimientos del bebé, el uso de la ecografía y la edad gestacional (Leifer, 1980; Lumley, 1980 & 1982; Grace, 1989; Mikhail et al., 1991; Righetti et al., 2005). Así, como parte del inicio de la relación entre la madre y el bebé en desarrollo la madre va construyendo representaciones acerca de su hijo durante el embarazo (Walsh, 2010 y 2013).

#### **4.3. RPM, Síntomas Depresivos y Trastorno Depresivo Mayor (TDM)**

Asociaciones entre RPM y síntomas depresivos se han reportado en diferentes muestras de mujeres embarazadas en distintas partes del mundo (Walsh, 2013). Condon & Corkindale (1997) encontraron que los síntomas depresivos y ansiosos se asociaban a una baja calidad de las RPM (medidas a través de la MAAS de Condon, 1993) en 238 mujeres australianas que cursaban el tercer trimestre gestacional.

En un estudio realizado en Chile (Ossa et al., 2012) con 244 mujeres embarazadas, a las puntuaciones más altas de síntomas depresivos (medidas con el Inventario de Beck) se asoció a

una baja calidad de las RPM, las cuales también fueron medidas a través de la MAAS de Condon (1993).

Las RPM también se han asociado con TDM, lo cual fue descrito por McFarland et al. (2011), al encontrar que la presencia de TDM en un grupo de mujeres embarazadas tuvo un impacto negativo en las RMP (medidas a través de la Maternal Fetal Attachment Scale de Cranley, 1981).

Aunque muchos de los estudios se han centrado en los síntomas depresivos, también se ha encontrado una asociación con síntomas ansiosos como lo demostraron Hart & McMahon (2006) quienes realizaron un estudio con mujeres embarazadas donde se encontró una asociación entre síntomas depresivos y ansiosos (rasgo y estado) con una baja calidad en sus RPM (medidas a través de la MAAS de Condon, 1993), mientras que la relación con depresión en general no fue significativa.

Perry et al., (2011) realizaron un estudio con 241 mujeres embarazadas donde encontraron que altos rangos de síntomas depresivos durante el tercer trimestre gestacional se asociaron con bajas puntuaciones en la calidad de la relación madre-bebé a las 6–8 semanas postparto, la cual fue medida a través del Maternal Postnatal Attachment Scale de Condon (1993). Así la asociación entre los trastornos depresivos durante el embarazo y las representaciones maternas de baja calidad es un tema relevante pues podrían tener un impacto en la cualidad de la relación que se establece entre el bebé y la madre en el postparto (Perry et al., 2011). Esto tiene importantes implicaciones para el desarrollo cognitivo, emocional y social del bebé, en caso de asociarse con la calidad de la relación madre-hijo y la sensibilidad de ésta para captar y responder a las manifestaciones de apego del bebé, luego del nacimiento del mismo (Dayton, Levendosky, Davidson & Bogat; 2010).

Con lo descrito previamente podemos concluir que los síntomas depresivos durante las últimas etapas del embarazo se asocian a representaciones maternas de baja calidad e intensidad en el período prenatal y postnatal, por lo que deben incluirse en el proceso de detección e intervención orientados a identificar mujeres que presentan depresión o que están en riesgo de padecerla (Hart & McMahon, 2006; Ossa et al., 2012; Perry et al., 2011).

#### **4.4. RPM y otros factores psicosociales**

Además de los síntomas depresivos y de ansiedad, existen estudios que han encontrado otros factores asociados a la calidad de las RPM; como por ejemplo el apoyo social, incluyendo de familia y pareja, embarazo no deseado, descontento con el embarazo, trauma previo y tipo de apego con los padres (Walsh 2013), los cuales describiremos más a fondo.

En un estudio realizado en Chile se evaluó la prevalencia de las RPM y su asociación con factores psicosociales en 244 mujeres embarazadas durante el tercer trimestre. Se utilizó la MAAS de Condon (1993), donde 24,3% de las embarazadas resultaron con una baja calidad e intensidad de las RPM. Este resultado se asoció con el descontento con el embarazo, embarazo no deseado, mayor nivel de estrés percibido (medido con la Perceived Stress Scale de Cohen, et al., 1983) y escaso apoyo familiar (evaluado con la Subjective Social Support Scale de Vaux, 1986) (Ossa et al., 2012).

Schwerdtfeger & Goff (2007) exploraron la relación entre trauma y el estilo de crianza parental al que fueron expuestas 41 mujeres embarazadas y el posterior desarrollo de las representaciones prenatales y la relación con su hijo por nacer. Para la evaluación de trauma se utilizaron dos instrumentos: el Cuestionario de Eventos Traumáticos (Traumatic Events Questionnaire- TEQ; Vrana & Lauterbach, 1994) y el TSC-40 (Trauma Symptom Checklist-40; Briere, 1996) que evalúa sintomatología en adultos como resultado de experiencias traumáticas en la infancia o en la adultez. También se utilizó el Parental Bonding Instrument de Parker, Tupling, & Brown (1979), un instrumento diseñado para medir los comportamientos de crianza y actitudes de los padres, desde la perspectiva del hijo en la etapa adulta. Por último, para la evaluación de las RPM se utilizó la MAAS de Condon (1993). Los resultados muestran que no hubo una correlación significativa entre el número total de eventos traumáticos y el comportamiento de los padres de las embarazadas, o entre el total de eventos traumáticos y las RPM. Sin embargo, las mujeres embarazadas con antecedentes de trauma interpersonal reportaron significativamente menor calidad e intensidad en sus representaciones prenatales.

Condon & Corkindale (1997) sugieren que el subgrupo de mujeres que tienen baja calidad en las RPM (medidas utilizando la MAAS de Condon, 1993) se caracteriza por bajos niveles de apoyo social (fuera de la relación de pareja) y altos niveles de control y crítica dentro de la relación de pareja; sugiriendo que la baja calidad de las RPM puede ser un factor predictivo

para el futuro apego materno-infantil.

En un estudio realizado por Alhusen (2008) donde se incluyeron 22 artículos (desde el 2000) diseñados para medir los factores asociados que tienen un impacto en la relación materno-bebé, se reportó que el apoyo familiar, un mayor bienestar psicológico, y haberse realizado un ultrasonido se asoció con una mejor calidad de las RPM. Factores tales como el abuso de sustancias, y niveles más altos de ansiedad se asociaron con una peor calidad de las RPM.

A pesar de que la calidad de las RPM son un buen predictor del apego que habrá entre la madre y el bebé (Dayton et al., 2010; Siddiqui & Hagglof, 2000), existen otros factores que también pueden influir en éste, como lo son, los patrones inherentes de apego que el adulto trae de su entorno familiar, y especialmente de su propia madre (Muller, 1996; Adam, Gunnar & Tanaka, 2004).

## **Capítulo III**

### **METODOLOGÍA**

#### **1. Planteamiento del Problema:**

La depresión en el embarazo es una condición frecuente que ha demostrado tener consecuencias negativas tales como: malos hábitos de alimentación de la madre, falta de adherencia a los cuidados prenatales, mayor riesgo de consumo de sustancias durante el embarazo, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer, resultados adversos en cuanto al desarrollo neurológico del bebé, mayor riesgo de DPP y de trastornos del estado de ánimo a largo plazo, entre otros. Una de ellas es la asociación a una baja calidad en las RPM, es decir en las ideas, emociones y conductas que la madre desarrolla sobre su bebé antes del nacimiento; y que por lo tanto pueden tener un impacto negativo en el desarrollo de la relación de la madre con su bebé por nacer.

Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio fue evaluar la influencia o asociación que podrían tener los síntomas depresivos en el embarazo sobre la calidad e intensidad de las RPM, y los factores asociados presentes, ya que algunos factores psicosociales (embarazo no planeado, la falta de apoyo familiar y de la pareja, aborto(s) previo(s) y el antecedente personal de un episodio depresivo mayor) de riesgo para depresión en el embarazo también se asocian a RPM de baja calidad.

La asociación de síntomas depresivos y las RPM de baja calidad es un tema relevante pues podrían tener un impacto en la cualidad de la relación que se establece entre el bebé y la madre en el postparto, lo cual tendría importantes implicaciones para el desarrollo cognitivo, emocional y social del bebé, en caso de asociarse con la calidad de la relación madre-hijo y la sensibilidad de ésta para captar y responder a las manifestaciones de apego del bebé, luego del nacimiento del mismo. Además la asociación de síntomas depresivos y la calidad de las RPM no se ha estudiado en población mexicana.

#### **2. Preguntas de Investigación:**

Las preguntas que se plantearon en este trabajo son las siguientes:

¿Están los síntomas depresivos durante el embarazo asociados a representaciones



prenatales maternas de baja calidad?

¿Están los síntomas depresivos durante el embarazo asociados a una disminución en la intensidad y la frecuencia en que la madre presenta ideas, emociones y comportamientos acerca del bebé?

¿Existe relación entre la calidad de las representaciones prenatales maternas del bebé y la presencia de factores psicosociales de riesgo?

¿Existe relación entre una disminución en la intensidad y la frecuencia en que la madre presenta ideas, emociones y comportamientos acerca del bebé y la presencia de factores psicosociales de riesgo?

### **3. Objetivos:**

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes:

1. Objetivo general: Evaluar la influencia de síntomas depresivos y de factores psicosociales de riesgo sobre las representaciones prenatales maternas.
2. Objetivo (s) específico (s):
  - Determinar la calidad de las representaciones prenatales materna.
  - Determinar la calidad de la experiencia afectiva de la madre (CRM) y la intensidad y la frecuencia con que la madre presenta pensamientos, emociones y comportamientos acerca del bebé (IP).
  - Identificar los factores psicosociales asociados a representaciones prenatales maternas de baja calidad.
  - Identificar los factores psicosociales asociados a una baja calidad en la experiencia afectiva de la madre y a una disminución en la intensidad y frecuencia con que la madre presenta pensamientos, emociones y comportamientos acerca del bebé.
  - Identificar si los síntomas depresivos durante el embarazo están asociados a las representaciones prenatales maternas de baja calidad.
  - Identificar si los síntomas depresivos durante el embarazo están asociados a una baja calidad en la experiencia afectiva de la madre y a una disminución en la intensidad y frecuencia con que la madre presenta pensamientos, emociones y comportamientos acerca del bebé.

#### **4. Hipótesis:**

1. La presencia de síntomas depresivos durante el embarazo se asocian a una menor calidad, frecuencia e intensidad de las representaciones prenatales maternas.
2. A mayor presencia de factores psicosociales de riesgo menor es la calidad, frecuencia e intensidad de las representaciones prenatales maternas.

#### **5. Muestra:**

Población de estudio: Los sujetos de investigación fueron mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal en el Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario “José E. González”, de tercer nivel y que presta servicios de salud pública a población abierta.

##### **5.1. Número de sujetos por incluir y fundamento del cálculo: 91 sujetos.**

Fórmula para una correlación simple:

$$n=3+\frac{K}{C^2}$$

En donde:

$$K=(Z\alpha+Z\beta)^2$$

$$C=0.5\ln\frac{(1+r)}{(1-r)}.$$

r = coeficiente de correlación esperado

Por lo cual:

$$K=7.9$$

$$R=-0.3$$

$$C^2=0.09$$

Obteniendo una n de 90.7 (91) sujetos de estudio.

Utilizando una fórmula para prueba de hipótesis y para una correlación simple, con un valor  $z\alpha$  de 1.96 con nivel de significancia del 95% para dos colas, y un valor  $z\beta$  de 0.84 con una potencia de 80%, esperando encontrar una correlación de al menos -0.3 se obtuvo una muestra de 91 participantes.

### **5.2. Criterios de Inclusión:**

1. Mujeres con embarazo confirmado.
2. Embarazadas mayores de 18 años.
3. Embarazadas que cursan el tercer trimestre gestacional.
4. Que acepten participar voluntariamente y lo señalen a través de la firma de un consentimiento informado.

### **5.3. Criterios de Exclusión:**

1. Mujeres con retraso mental grave que las incapacite responder los cuestionarios.
2. Mujeres que no accedan a participar y no firmen el consentimiento informado.

### **5.4. Criterios de Eliminación:**

1. Mujeres que no terminen la evaluación.

## **6. Diseño del Estudio:**

Se trata de un estudio observacional, , descriptivo, transversal y no ciego. Al obtener los datos de las escalas de evaluación se correlacionó la calidad e intensidad de las RPM del bebé con los factores psicosociales de riesgo y síntomas depresivos durante el embarazo.

## **7. Descripción de los Instrumentos de Evaluación:**

**7.1 Escala de Representaciones Prenatales Maternas (MAAS- Condon, 1993).** Se trata de un cuestionario autoaplicable desarrollado por Condon (1993) con el objetivo de medir adecuadamente la presencia e intensidad de la relación que los padres tienen con el bebé no nacido. Esto incluye un deseo de conocimiento sobre el bebé, el placer en la interacción (tanto en la fantasía y la realidad) y el deseo de proteger y satisfacer sus necesidades, incluso a costa de la propia madre (Condon & Corkindale, 1997). Condon observó que en circunstancias normales a medida que avanza el embarazo, el futuro padre/madre desarrolla representaciones del bebé cada vez más elaboradas. La muestra para el estudio de Condon (1993) incluyó a mujeres embarazadas que tenían menos de 38 semanas de gestación. El estudio también incluyó un cuestionario independiente para evaluar las representaciones prenatales paternas. Del banco original de preguntas se seleccionaron 19 elementos para el enfoque de la escala materna, de las cuales se derivan dos subescalas: "Cualidad de

las Representaciones Maternas (CRM)” (11 preguntas) e "Intensidad de Preocupación (IP)" (8 preguntas) . La subescala CRM representa la calidad de la experiencia afectiva de la madre hacia el bebé (como sentimientos de cercanía/distancia, ternura/irritación, positivo/negativo, etc.) que surgen y acompañan cuando la madre piensa en su bebé. También incluyen la anticipación deseosa, alegre (versus renuente, desagradable) del primer encuentro con el bebé y una clara y vívida (versus vaga) representación internalizada del bebé como una “personita real” (versus una “cosa viviente”). La subescala IP representa la intensidad de la preocupación por el bebé y se equipara con la cantidad de tiempo que la madre pasa pensando y soñando sobre el bebé, hablando con él y palpando al bebé. También incluye la intensidad de los sentimientos asociados, pero no incluye ninguna referencia de la calidad de la experiencia afectiva. En resumen, las dos subescalas sugieren que la cualidad de las RPM tiende a ser independiente de la cantidad del tiempo que la madre pasa en “modo vínculo con el bebé” así como de la puntuación global de la intensidad de las experiencias afectivas. Todas las preguntas se califican en la escala de Likert de 5 puntos. La puntuación mínima para la calificación global es de 19 puntos y la puntuación máxima es de 95. Las puntuaciones de la subescala CRM presenta un rango entre 11 y 55; y de la subescala IP varían entre 8 y 40. En ambas subescalas y en la calificación global, las puntuaciones más altas reflejan una cualidad positiva de las representaciones y una alta preocupación por el bebé por nacer. Condon describe cuatro tipos o estilos de RPM como resultado de las dos subescalas: 1) Preocupada positiva: estás madres están “enamoradas” y muy preocupadas por el bebé, y la intensidad de la preocupación se acompaña de sentimientos de cercanía, cariño, deseo por el bebé, etc.; 2) Distanciamiento positivo: las madres reportan sentimientos de cercanía, ternura y deseo por el bebé, pero pasan mucho menos tiempo pensando en él y por lo tanto en experimentar los afectos asociados. Las mujeres multíparas representan este tipo; así como las mujeres que encuentran la experiencia afectiva como amenazadora (Ej.: por miedo a la pérdida del bebé); 3) Distanciamiento negativo: incluye a las madres que pasan poco tiempo pensando en el bebé y experimentan pocas emociones positivas asociadas. Ya sea que sea que están distanciadas del bebé y por lo tanto tengan poco interés en él, o que tengan sentimientos ambivalentes que experimenten como amenazadores y por lo tanto su existencia sea suprimida o negada; y 4) Preocupada negativa: las madres están muy preocupadas por el bebé

pero esta preocupación es ya sea sin afecto o acompañada de ambivalencia. En cualquiera de los casos, está desprovista de afectos placenteros o anticipación positiva. La escala ha demostrado una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach  $>0,80$  para la calificación global (Condon, 1993). Para este estudio se realizó la traducción y adaptación de la Maternal Antenatal Attachment Scale de Condon (1993). Se realizó una traducción preliminar del instrumento original por el grupo de investigadores, tomando en cuenta la versión chilena de Ossa et al. (2011). Se implementaron las recomendaciones de un traductor profesional para mejorar la traducción preliminar. Se realizó un proceso de “back translation” a cargo de una Maestra en Letras, Edith P. Beltrán Minehan. Las inconsistencias fueron revisadas por la Dra. María Teresa Frías experta en relaciones sociales desde la perspectiva de apego y consensuadas con el equipo de investigadores. El proceso de piloteo y resultados del análisis factorial se reportan en otra tesis en proceso y el referente de la confiabilidad se reporta a través de los alfa de Chronbach de la escala global y las subescalas, como adecuado.

**7.2 *Inventario de Predictores de la Depresión Postparto (Postpartum Depression Predictors Inventory- PDPI-R, Records, Rice & Beck, 2007), versión prenatal.*** El PDPI-R es una escala de tamizaje autoaplicable que fue desarrollada por Records, Rice & Beck (2007) y tiene como objetivo identificar 13 factores de riesgo para la depresión durante el embarazo y el postparto. Existen dos versiones de este instrumento, la prenatal (abarca 10 secciones) y la posparto (abarca 13 secciones). En este estudio utilizaremos la versión prenatal que abarca los siguientes factores de riesgo: estado civil, nivel socioeconómico, autoestima, depresión prenatal, ansiedad prenatal, embarazo no planeado/no deseado, historia de depresión, apoyo social (pareja, familia, amistades), satisfacción matrimonial/de pareja y eventos estresantes de la vida. Las opciones de respuesta en cada pregunta son “sí” y “no” y las puntuaciones van desde 0 hasta 32, con las puntuaciones más altas que indican aumento de riesgo de depresión postparto. La versión prenatal reportó una sensibilidad de 76% y una especificidad de 54% con un punto de corte de 10.5 en población con sintomatología depresiva evaluada en el tercer trimestre de embarazo. Una versión en español ha sido evaluada por Genovez y Le (2011) en población de mujeres salvadoreñas. Sus resultados muestran una prevalencia de sintomatología depresiva de 36% medida a través del Inventario de Depresión de Beck (IDB $>14$ ). Se encontró que 29.2% de las embarazadas presentó riesgo de DPP (PDPI-R  $>10.5$ )

tomando en cuenta todas las subescalas del inventario. La confiabilidad de la PDPI-R fue de  $\alpha=0.81$  y se observó una correlación significativa ( $p\leq 0.01$ ) de 0.40 entre el IDB y el PDPI-R. La evidencia apoya la fiabilidad y validez de la versión prenatal del PDPI-R, lo que sugiere que es factible identificar a las mujeres embarazadas que están en un alto riesgo para la depresión posparto. Aunque el objetivo de este instrumento es identificar los factores de riesgo para depresión en el embarazo y el postparto, se decide utilizarlo en este estudio al compartir algunos de éstos con los factores asociados a una baja calidad de las RPM, más que buscar una asociación con los síntomas depresivos.

**7.3 Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS, Cox, Holden y Sagovsky, 1987):** La Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh fue diseñada y validada por sus autores para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal. El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas; requiere únicamente de cinco minutos para ser respondida. En el año 2000, la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER). Thoppil, Riutcel & Nalesnik (2004) sugirieron el empleo de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh para tamizaje en busca de depresión perinatal, describiendo la prueba como un instrumento “ampliamente utilizado, bien validado, corto, de fácil aplicación, con sensibilidad y especificidad satisfactorias”. Se trata del único instrumento validado para uso pre y postnatal”. En 2004 se llevó a cabo un nuevo estudio en el INPerIER, que buscó la calibración del punto de corte de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, para obtener el punto de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad. Entre los resultados encontrados se determinó que con un punto de corte de 14 se alcanzaron valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad, siendo éste el punto de mejor equilibrio entre ambas (Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza & Rodríguez, 2004). En un estudio más reciente (Oquendo, Lartigue, González-Pacheco & Méndez, 2008) se aplicó la escala a 209 embarazadas de 24 a 34 semanas de gestación, con la intención de determinar la validez y seguridad de la misma como prueba de tamiz para identificar depresión perinatal. Los resultados obtenidos arrojaron una sensibilidad del 90%, una

especificidad del 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%. En conclusión, se trata de un instrumento ampliamente utilizado, validado para la patología emocional que busca detectar y para el grupo al cual se dirige, validado para población mexicana y con estudios realizados en el INPerIER que corroboran su validez e incluso determinan el punto de corte de mayor equilibrio.

#### **8. Procedimiento:**

- a) El estudio tuvo lugar en la ciudad de Monterrey, NL. México de julio a noviembre del 2014.
- b) En primera instancia se estableció una relación de trabajo con el Servicio de Obstetricia, de forma que el personal de dicho servicio que está a cargo de la consulta externa y del control prenatal estuviera informado y participara en el proyecto.
- c) Posterior a la aprobación del protocolo por el Comité de Ética (PS14-010) se realizó el piloteo de la Escala de Representaciones Prenatales Maternas con 15 embarazadas las cuales se incluyeron en el total de la muestra. El proceso de piloteo y resultado del análisis factorial se reportan en otra tesis en proceso.
- d) Para el proyecto de investigación principal, las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión fueron reclutadas de la consulta externa del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario mientras acudían a su control prenatal, en el periodo del 4 de Julio al 25 de agosto de 2014.
- e) Se invitó a las mujeres a participar en el estudio y se les dio información sobre el objetivo del mismo. Posteriormente se respondieron las dudas que surgieron de manera individual a través del proceso de consentimiento informado que por tratarse de población vulnerable se realizó ante la presencia de dos testigos, quienes firmaron junto con las pacientes el formato de consentimiento. Se les proporcionó una copia del mismo a las paciente participantes de la investigación.
- f) La aplicación de las escalas se realizó en un consultorio del área de la consulta externa obstétrica a través de los investigadores capacitados, en este caso, un residente del cuarto año de la especialidad de psiquiatría, un residente del primer año de la especialidad de gineco-obstetricia y un residente de psicología en su segundo año de la especialidad de psicoterapia clínica hospitalaria (Dra. Diana Ibarra Patrón, Dr. Tomás Ignacio Guzmán Pérez y la Lic. Mónica Manjarrez García). La participación requirió de una sola frecuencia y con una duración aproximada de 45 minutos.

- g) Para la evaluación de las representaciones prenatales maternas del bebé se utilizó la Escala de Representaciones Prenatales Maternas del Bebé traducida de la Escala de Apego Materno Prenatal de Condon (1993). Se aplicó el Inventario de Predictores de la Depresión Postparto (PDPI-R, records, Rice y Beck, 2007), versión prenatal, para la evaluación de factores psicosociales de riesgo para la depresión durante el embarazo; y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) para la evaluación de síntomas depresivos.
- h) En los casos en que la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh mostró una puntuación positiva para depresión se realizó la referencia al Departamento de Psiquiatría para una evaluación y tratamiento acorde (n=11). Asimismo se realizó una evaluación clínica a las mujeres que arrojaron puntuaciones que se encontraban en el límite de la escala con referencia a Psiquiatría de 6 mujeres más, siendo un total de 17 mujeres las que se refirieron para una evaluación más detallada y tratamiento oportuno.
- i) La documentación de las escalas y consentimiento informado de cada embarazada se archivó en una carpeta individual que se identificó con un número de registro e iniciales del nombre de las participante
- j) El expediente médico de cada participante se identificó por un sello de inicio del estudio de acuerdo a las buenas prácticas clínicas y manejo del expediente médico de sujetos en investigación.
- k) Cada semana se vació la información en una base de datos electrónica y al completar la muestra se procedió al análisis estadístico, resultados, discusión y conclusiones.
- l) Al finalizar el uso de los datos se procederá a anexar las escalas al expediente clínico máximo dos meses posterior a la finalización del estudio de acuerdo a las buenas prácticas clínicas.

## **9. Análisis de Resultados:**

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 20 (SPSS, Inc., Armon, NY). Los resultados se reportaron en tablas de contingencia, de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Las variables categóricas se analizaron con el estadístico chi cuadrada con un nivel de significancia del 95% con sus intervalos de confianza respectivos. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para observar si existe una relación entre los puntajes obtenidos de síntomas depresivos, RPM y factores psicosociales.



## **Capítulo IV**

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo de este trabajo se basan en los tres principios esenciales para la conducta ética de investigaciones con sujetos humanos, propuestos en el Informe Belmont, los cuales son: 1) Respeto a las personas 2) Beneficencia y 3) Justicia. A continuación se describirá cada uno de ellos.

- 1) *Respeto a las personas*: los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos, y aquellos con autonomía disminuida, tienen derecho a ser protegidos; y su principal aplicación es a través del consentimiento informado.

En el presente estudio, el consentimiento informado se obtuvo acompañado de la firma de cada una de las mujeres entrevistadas y dos testigos y se les entregó una copia del mismo. Se les explicó detalladamente el objetivo del estudio, en qué consistiría su participación, la duración de la misma, así como su carácter voluntario, ya que podían aceptar o retirar su participación en el momento en que lo desearan, sin repercusiones en su atención médica. Asimismo, se verificó que las participantes comprendan adecuadamente la información proporcionada y se les aclararon sus dudas. Además, se les explicaron los beneficios y los riesgos de su participación en el estudio, y se les refirió al Departamento de Psiquiatría de nuestra Institución en aquellos casos en que en el transcurso de la aplicación de los instrumentos clinimétricos se detectó alguna alteración en su estado de ánimo que requería de atención psiquiátrica o psicológica. También se les brindó una devolución de los resultados de la EPDS a todas las participantes y se les proporcionó un número telefónico de contacto registrado en la copia del consentimiento informado que se les entregó para dudas o devolución de los resultados finales del estudio. Finalmente, se hizo hincapié en la confidencialidad tanto de la información como de su identidad, por lo que los nombres de las participantes fueron omitidos y se identificaron por las iniciales del mismo y por un número de registro.

- 2) *Beneficencia*: este principio se rige por dos reglas: 1) no hacer daño y 2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

Debido a que las participantes son mujeres embarazadas, esta investigación se

consideró de riesgo mínimo para alcanzar los objetivos, ya que podría presentarse alguna alteración en su estado de ánimo, producto de la aplicación de las escalas. Sin embargo, se pensó que los beneficios que tanto las entrevistadas como las demás mujeres en su misma condición pudieran recibir, como resultado de este estudio, serán mayores que los riesgos, dado que a través de ellos se busca identificar síntomas depresivos y los factores psicosociales de riesgo para desarrollar DPP y cómo estos, pueden afectar en la calidad de las RPM y en la relación madre-bebé. Esto toma relevancia ya que es de utilidad implementar en la evaluación prenatal instrumentos adaptados y estandarizados para la detección temprana de psicopatología y realizar intervenciones terapéuticas que pueden tener un impacto tanto en la vida de las embarazadas como en la relación con su bebé y con su familia.

- 3) *Justicia*: tratar a los individuos y a los grupos de manera justa y equitativa, con respecto a quiénes soportan la carga y quiénes reciben los beneficios de la investigación, lo cual se evalúa a través de la selección de los participantes.

Como se mencionó previamente, la selección de las participantes se realizó por medio de un consentimiento informado, y de acuerdo con la disponibilidad de las mujeres atendidas en su control prenatal. Con base en esto, se establecieron como criterios de inclusión: a) Mujeres con embarazo confirmado, b) Embarazadas mayores de 18 años, c) Embarazadas que cursan el tercer trimestre gestacional y c) Firma de consentimiento informado. A partir de ellos y del criterio de máxima variación, se abarcará a la diversidad de la población atendida en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario.

## **Capítulo V**

### **RESULTADOS**

En este capítulo se presentan las características de las mujeres del estudio (sociodemográficas y del embarazo) y los resultados del análisis de las diferentes categorías (síntomatología depresiva, calidad de las RPM, factores psicosociales) y sus respectivas sub-categorías (síntomatología depresiva y la calidad de las RPM, factores psicosociales y la calidad de las RPM) en las que se organizó la información, proveniente de los instrumentos clinimétricos que fue la fuente de información.

#### **1. Características de la muestra**

La muestra estuvo conformada por 92 mujeres embarazadas con un rango de edad entre 18 y 42 años, una moda de 18, una media de 23.32 años y una desviación estándar de 5.28 (Tabla 1). Respecto al nivel de escolaridad, la mayoría habían cursado la secundaria (63%), solamente el 1% no había terminado la primaria, el 12 % cursó primaria terminada, el 20.6% estudios de nivel técnico y/o preparatoria, y el 3.3% había estudiado en la universidad.

En cuanto a la ocupación, la mayoría son amas de casa (85.9%); del resto (14.2%) un 2.2% no realiza alguna actividad económica, el 4.3% son empleadas, el 1.1% participan en un negocio familiar, solamente el 1% es estudiante y el 5.4% se encuentran desempleadas. De su estado civil, la mayoría viven en unión libre (63%), el 22.8% son casadas, el 9.8% son o serán madres solteras y una minoría (4.3%) están separadas.

Como se puede observar en la tabla 1, la mayoría refieren ser de religión católica (76.1%), y del resto (23.9%), un 9.8% reportan no tener alguna inclinación religiosa.

**Tabla 1. Características sociodemográficas. (N=92)**

	<b>X</b>	<b>DS</b>
<b>Edad</b>	23.32	5.287
	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	12	13.1
Secundaria	58	63
Media superior	22	23.9
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	79	85.9
Trabajo extra-doméstico	5	5.4
Otras	8	8.7
<b>Estado Civil</b>		
Casada/unión libre	79	85.9
Soltera/separada	13	14.1
<b>Religión</b>		
Católica	70	76.1
Otras	22	23.9

En cuanto a las características del embarazo (Tabla 2), para el 30.4% este era su primer embarazo y para el 69.6% era un embarazo subsecuente. Todas las mujeres cursaban el tercer trimestre de gestación como parte de los criterios de inclusión, con un rango de semanas de gestación (SDG) entre 28 y 42, una moda de 38 y una media de 36.36 SDG; y el 10.9 % de la muestra cursaba un embarazo de alto riesgo. Asimismo, la mayoría de las mujeres reportó que este embarazo fue planeado (67.4%) y deseado (97.8%); y solamente un 2.2% reporta que es un embarazo no deseado.

**Tabla 2. Características del embarazo. (N= 92)**

	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Número de embarazo</b>		
Primero	28	30.4
Subsecuente	64	69.6
<b>Embarazo planeado</b>		
Si	62	67.4
No	30	32.6
<b>Embarazo deseado</b>		
Si	90	97.8
No	2	2.2
<b>Embarazo de alto riesgo</b>		
Si	10	10.9
No	82	89.1
	<b>X</b>	<b>DS</b>
<b>Semanas de gestación</b>	36.36	2.803

## **2. Síntomas Depresivos**

El puntaje para síntomas depresivos en esta muestra varió de 0 a 20 puntos (el puntaje máximo de la ESPD es 30 y el mínimo 0). El porcentaje de mujeres que obtuvo una calificación igual o mayor a 14 fue de 10.9%; es decir, que presentaron sintomatología depresiva significativa.

Como podemos ver en la tabla 3, todas las mujeres con 14 o más puntos en la ESPD fueron referidas al Departamento de Psiquiatría para evaluación y tratamiento; sin embargo,

hubo un porcentaje de mujeres (6.5%) que a pesar de arrojar menor puntuación, fueron referidas ante la presencia clínica de síntomas depresivos, siendo referidas en total el 17.4% de la muestra. El puntaje de las mujeres referidas a Psiquiatría que arrojaron menos de 14 puntos en la ESPD tuvo una varianza de 10 a 12 puntos.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la EPDS se reportó una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.77.

**Tabla 3. Síntomas depresivos y referencia a Psiquiatría (N=92)**

EPDS		Referencia		
		Sí	No	Total
14 o más	<b>f</b>	10	0	10
	<b>%</b>	10.9	0	10.9
Menos de 14	<b>f</b>	6	76	82
	<b>%</b>	6.5	82.6	89.1

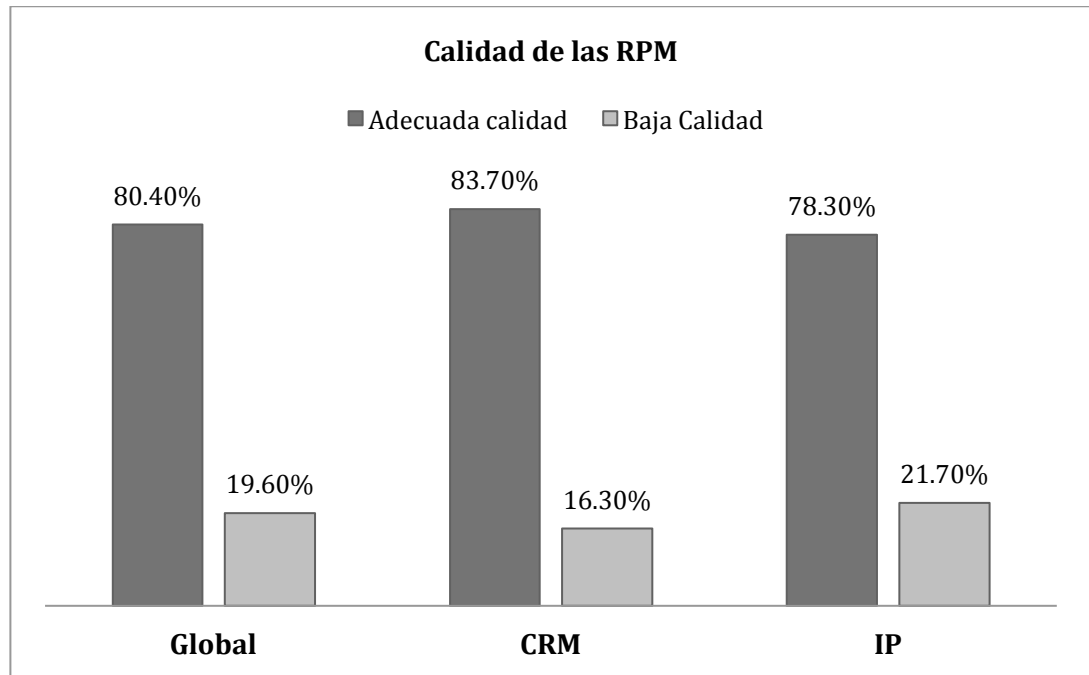
\*EPDS: Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.

### 3. Calidad de las RPM

El puntaje para la calificación global de las RPM en esta muestra varió de 52 a 95 (el puntaje máximo es de 95 y el mínimo de 19). Para la calificación global se utilizó un punto de corte de 76 y de 49 y 27 para las subescalas CRM e IP respectivamente.

El porcentaje de la muestra que arrojó una baja calidad de las RPM en la calificación global fue de 19.6% (Figura 1); para la subescala CRM (que evalúa la calidad de la experiencia afectiva de la madre hacia el bebé) fue de 16.3% y para la subescala IP (representa la intensidad de la preocupación por el bebé y se equipara con la cantidad de tiempo que la madre pasa pensando, soñando, hablando y palpando al bebé) fue de 21.7%.

**Figura 1. Calidad de las RPM (Calificación global y de subescalas CRM e IP)**



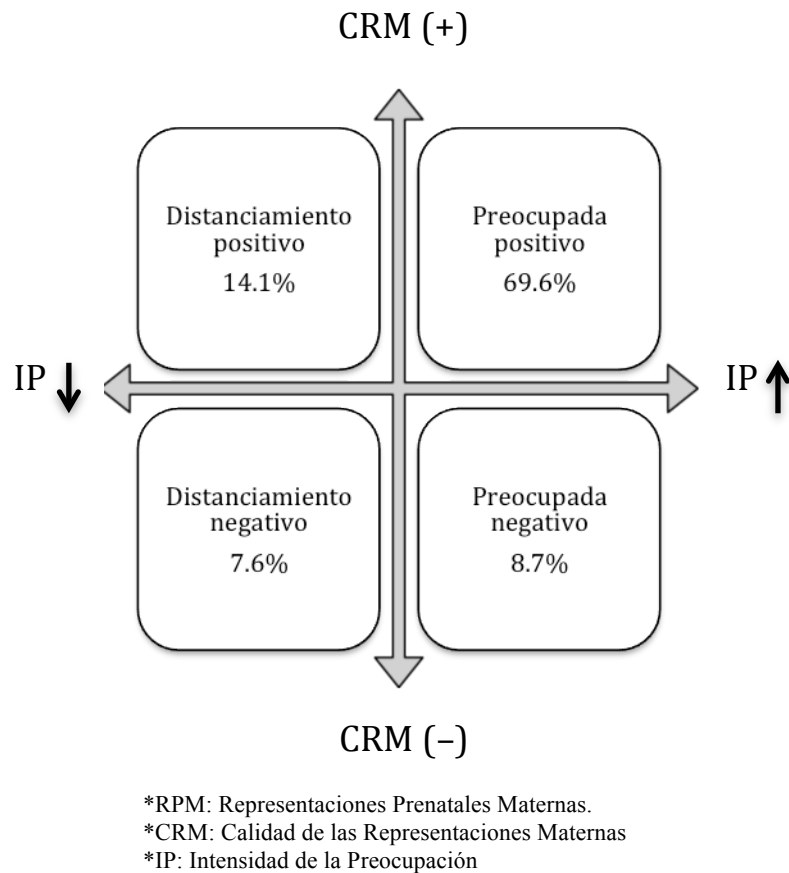
\*RPM: Representaciones Prenatales Maternas.

\*CRM: Calidad de las Representaciones Maternas (experiencia afectiva de la madre hacia su bebé).

\*IP: Intensidad de la Preocupación (cantidad de tiempo que la madre pasa pensando, soñando, hablando y palpando al bebé).

Al categorizar en pobre y buena calidad de las RMP y alta y baja intensidad de las RMP y combinar ambos factores, encontramos que la mayoría de las embarazadas entran en la categoría “preocupación positiva” (69.6%), después le sigue la de “distanciamiento positivo” con el 14.1%, “preocupación negativa” con 8.7% y por último la de “distanciamiento negativo” que representa un 7.6% del total de la muestra; lo cual se esquematiza en la figura 2.

**Figura 2. Estilos de RPM**



En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento se reportó una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.82 para la calificación global, y para las subescalas CRM e IP fue de 0.74 y 0.70 respectivamente

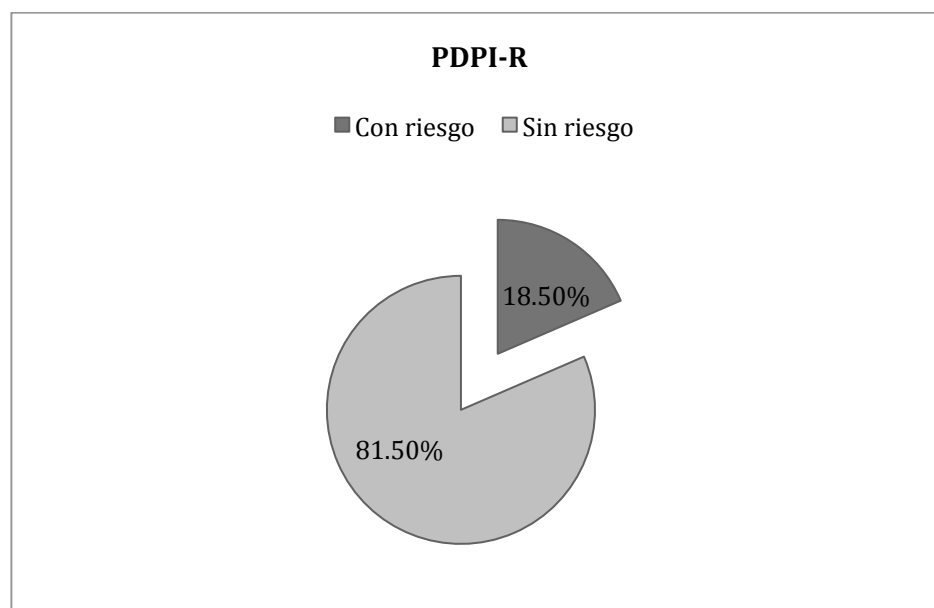
#### **4. Factores Psicosociales**

La escala que se utilizó para evaluar los factores psicosociales de riesgo de depresión posparto (PDPI-R) tuvo una varianza en el puntaje de esta muestra de 0 a 21, siendo la puntuación máxima de 32 y la mínima de 0. Se encontró que 18.5% de las embarazadas presentó



riesgo de depresión en el embarazo y de DPP (PDPI-R con punto de corte de  $>10.5$ ) tomando en cuenta todas las subescalas del inventario (Figura 3).

**Figura 3. Porcentaje de mujeres con riesgo para depresión en el embarazo o DPP (PDPI-R).**



\*DPP: Depresión Postparto

\*PDPI: Inventario de Predictores de Depresión Posparto.

En la tabla 4 se reporta el porcentaje y la frecuencia de cada factor por separado, donde podemos apreciar que el 13% de las embarazadas no tenían pareja; 26.1% son de un nivel socioeconómico bajo, 35.9%, 22.8% se han sentido deprimidas y ansiosas en algún momento durante el embarazo respectivamente; y el 26.1% reportan historia de depresión previa al embarazo actual. En cuanto al embarazo, el 32.6% no fue planeado y únicamente el 2.2% refieren que es un embarazo no deseado.

Del resto de los factores, se encontró que el 18.5% reportó bajo apoyo e insatisfacción en la relación de pareja; 24.2% falta de apoyo funcional de familia y amigos; aproximadamente una tercera parte (32.6%) presentó problemas financieros y una minoría refirió falta de apoyo emocional familiar (7.6%).

**Tabla 4. Factores psicosociales (N= 92)**

	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>		
Casada/unión Libre	80	86
Soltera/separada	12	14
<b>Status Socioeconómico</b>		
Bajo	24	26.1
Medio/alto	68	73.9
<b>Autoestima</b>		
Baja	3	3.3
Moderada/alta	89	96.7
<b>Depresión prenatal</b>		
Sí	33	35.9
No	59	64.1
<b>Ansiedad prenatal</b>		
Si	21	22.8
No	71	77.2
<b>Historia de depresión</b>		
Si	24	26.1
No	68	73.9
<b>Embarazo planeado</b>		
Si	62	67.4
No	30	32.6
<b>Embarazo deseado</b>		
Si	90	97.8
No	2	2.2

**Apoyo/Satisfacción de relación de pareja**

Si	75	81.5
No	17	18.5

**Apoyo funcional de familia y amigos**

Si	69	75.8
No	23	24.2

**Problemas financieros**

Si	30	32.6
No	62	67.4

**Apoyo emocional familiar**

Si	85	92.4
No	7	7.6

---

Conocer la relación entre el resultado del PDPI-R y de la EPDS no estaba entre los objetivos de este trabajo, sin embargo lo reportamos como un hallazgo al contar con dichos datos; donde encontramos una fuerte y significativa correlación ( $r = .642$ ,  $p < .0001$ ) (Correlación de Pearson).

## 5. RPM y sintomatología depresiva

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para observar si existe una relación entre los puntajes obtenidos de síntomas depresivos y de las RPM de baja calidad.

Como se muestra en la tabla 5, la correlación entre síntomas depresivos y baja calidad en las RPM (calificación global) fue significativa; esto quiere decir, que las mujeres que presentan mayor sintomatología depresiva tienen más baja calidad en sus RPM.

En cuanto a las subescalas CRM e IP, se encontró una correlación significativa entre los

síntomas depresivos y ambas subescalas; es decir, que las mujeres que presentan mayor sintomatología depresiva tienen más baja calidad de la experiencia afectiva hacia su bebé (CRM) y menor intensidad de la preocupación por el bebé (IP) (Tabla 5).

**Tabla 5. Correlación entre sintomatología depresiva y RPM de baja calidad**

	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>RPM Global</b>	-,418**	.000
<b>- CRM</b>	-,350**	.001
<b>- IP</b>	-,382**	.000

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*RPM: Representaciones Prenatales Maternas.

\*CRM: Calidad de las Representaciones Maternas.

\*IP: Intensidad de la Preocupación.

Se realizó la prueba de Chi cuadrada de Pearson para comparar la presencia de síntomas depresivos en el grupo de mujeres con RPM adecuada y de baja calidad (global); así como en el grupo de mujeres con una experiencia afectiva hacia el bebé (subescala CRM) adecuada y de baja calidad; y en el grupo de mujeres con una intensidad en la preocupación (subescala IP) adecuada y de baja intensidad.

En la tabla 6 podemos observar que el grupo de mujeres con RMP adecuada y el grupo con RPM de baja calidad (Global), presentan diferencia significativa entre ambos al comparar la presencia de síntomas depresivos; lo mismo ocurre para la subescala CRM, no así para la subescala IP.

**Tabla 6. Síntomas depresivos en mujeres con RPM adecuada y de baja calidad (Global y subescalas)**

	RPM Global		Valor $X^2$	p
	Adecuada	Baja calidad		
<b>Síntomas depresivos (EPDS <math>\geq 14</math>)</b>	5 (50%)	5 (50%)	6,604 <sup>a</sup>	.010
	<b>Subescala CRM</b>			
	5 (50%)	5 (50%)	9,335 <sup>a</sup>	.002
	<b>Subescala IP</b>			
	6 (60%)	4 (40%)	2,199 <sup>a</sup>	.138

\*RPM: Representaciones Prenatales Maternas.

\*CRM: Calidad de las Representaciones Maternas.

\*IP: Intensidad de la Preocupación.

\*EPDS: Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.

## 6. RPM y factores psicosociales

Para evaluar la correlación entre el resultado total del PDPI-R y las RPM de baja calidad se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Se encontró que existe una correlación significativa entre el resultado total del PDPI-R y las RPM de baja calidad ( $r = -.312$ /  $p = .002$ ); es decir, que las mujeres con mayor presencia de factores de riesgo para depresión en el embarazo o de DPP, tienen más baja calidad en sus RPM (Tabla 7).

En cuanto a las subescalas de las RPM (CRM e IP), se encontró una correlación significativa entre la subescala CRM y el resultado total del PDPI-R; es decir, que en las mujeres con mayor presencia de factores de riesgo para depresión en el embarazo o de DPP, más baja es la calidad de la experiencia afectiva que tienen sobre su bebé (CRM), lo cual no fue significativo con la subescala IP (Tabla 7).

**Tabla 7. Correlación entre PDPI-R y RPM de baja calidad**

	<b>r</b>	<b>p</b>
RPM Global	-,312**	.002
- Subescala CRM	-,374**	.000
- Subescala IP	-.200	.056

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*RPM: Representaciones Prenatales Maternas.

\*CRM: Calidad de las Representaciones Maternas.

\*IP: Intensidad de la Preocupación.

\*PDPI-R: Inventario de Predictores de Depresión Posparto.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar si existe una relación entre las RPM (global y subescalas) y los siguientes factores psicosociales de riesgo resultado de las subescalas del PDPI-R: apoyo/insatisfacción de pareja, apoyo funcional de familia y amigos, problemas financieros y apoyo emocional familiar.

Como se observa en la tabla 8 sólo se encontró una correlación significativa entre el apoyo/satisfacción de pareja y la calidad de las RPM (global), es decir, que a menor percepción de apoyo/insatisfacción de pareja; más baja es la calidad de las RPM; lo cual no fue significativo con los otros factores.

En cuanto a las subescalas (CRM e IP), no se encontró ninguna correlación significativa entre IP y los factores psicosociales de riesgo; únicamente se encontró una correlación significativa entre la CRM y el apoyo/satisfacción de pareja; es decir, que a menor percepción de apoyo/satisfacción de pareja; más baja es la calidad de la experiencia afectiva de la madre hacia su bebé (Tabla 8).

**Tabla 8. Correlación de factores psicosociales de riesgo y RPM de baja calidad (Global y subescalas)**

		Subescalas		
		RPM Global	CRM	IP
Apoyo/satisfacción	<b>r</b>	-,252*	-,352**	-.125
de pareja	<b>p</b>	.015	.001	.237
Apoyo funcional	<b>r</b>	-.191	-.121	-.205
de familia y amigos	<b>p</b>	.070	.253	.052
Problemas	<b>r</b>	-.093	-.155	-.027
financieros	<b>p</b>	.377	.139	.800
Apoyo emocional	<b>r</b>	-.172	-.183	-.128
familiar	<b>p</b>	.101	.080	.224

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*RPM: Representaciones Prenatales Maternas.

\*CRM: Calidad de las Representaciones Maternas.

\*IP: Intensidad de la Preocupación.

Se utilizó Chi cuadrada de Pearson con un intervalo de confianza del 95% para comparar los factores psicosociales de riesgo en el grupo de mujeres con RPM adecuada y con el grupo de mujeres con RPM de baja calidad (global); así como en el grupo de mujeres con una experiencia afectiva hacia el bebé (subescala CRM) adecuada y de baja calidad; y en el grupo de mujeres con una intensidad en la preocupación (subescala IP) adecuada y de baja intensidad.

En la tabla 9 podemos observar que el grupo de mujeres con RMP global adecuada y el grupo con RPM global de baja calidad, no presentan diferencia significativa entre ambos al comparar la presencia o no de apoyo/satisfacción de pareja, de apoyo emocional familiar, presencia de pareja, bajo nivel socioeconómico, embarazo planeado, embarazo deseado, multiparidad e historia previa de depresión; no así para apoyo funcional de familia y amigos y problemas financieros donde sí se encontró diferencia significativa ( $p = .001$  y  $.021$  respectivamente).

**Tabla 9. Factores psicosociales en mujeres con RPM adecuada y de baja calidad.**

		RPM Global		Valor X <sup>2</sup>	p
		Adecuada	Baja calidad		
<b>Apoyo/satisfacción de pareja</b>	Si	63 (85.1%)	12 (66.7%)	3,278a	.070
	No	11(14.9%)	6 (33.3%)		
<b>Apoyo funcional de familia y amigos</b>	Si	61(83.6)	8 (44.4%)	12,053a	.001
	No	12 (16.4%)	10 (55.6%)		
<b>Problemas financieros</b>	Si	20 (27%)	10 (55.6%)	5,362a	.021
	No	54 (73%)	8 (44.4%)		
<b>Apoyo emocional familiar</b>	Si	70 (94.6%)	15 (83.3%)	2,612a	.106
	No	4 (5.4%)	3 (16.7%)		
<b>Pareja/cónyuge</b>	Si	66 (89.2%)	14 (77.8%)	1,662 <sup>a</sup>	.197
	No	8 (10.8%)	4 (22.2%)		
<b>Bajo nivel socioeconómico</b>	Si	18 (24.3%)	6 (33.3%)	,609 <sup>a</sup>	.435
	No	56 (75.7%)	12 (66.7%)		
<b>Embarazo planeado</b>	Si	53 (71.6%)	9 (50%)	3,080 <sup>a</sup>	.079
	No	21 (28.4%)	9 (50%)		
<b>Embarazo deseado</b>	Si	73 (98.6%)	17 (94.4%)	1,203 <sup>a</sup>	.273
	No	1 (1.4%)	1 (5.6%)		
<b>Múltipara</b>	Si	50 (67.6%)	14 (77.8%)	,713 <sup>a</sup>	.398
	No	24 (32.4%)	4 (22.2%)		
<b>Historia previa de depresión</b>	Si	19 (25.7%)	5 (27.8%)	,033 <sup>a</sup>	.855
	No	55 (74.3%)	13 (72.2%)		

\*RPM: Representaciones Prenatales Maternas.

Para la subescala CRM podemos observar en la tabla 10 que el grupo de mujeres con una experiencia afectiva (CRM) adecuada y el grupo con una experiencia afectiva de baja calidad, no presentan diferencia significativa entre ambos al comparar la presencia o no de problemas financieros, de apoyo emocional familiar, tener pareja/cónyuge, bajo nivel



socioeconómico, embarazo deseado, multiparidad e historia previa de depresión; no así para apoyo/satisfacción de pareja, apoyo funcional de familia y amigos y embarazo planeado donde si se encontró diferencia significativa ( $p = .002$ ,  $.004$  y  $.002$  respectivamente).

**Tabla 10. Factores psicosociales en mujeres con CRM adecuada y de baja calidad (Subescala de RPM)**

		Subescala CRM		Valor $X^2$	p
		Adecuada	Baja calidad		
<b>Apoyo/satisfacción de pareja</b>	Si	67 (87%)	8 (53.3%)	9,454a	.002
	No	10 (13%)	7 (46.7%)		
<b>Apoyo funcional de familia y amigos</b>	Si	62 (81.6%)	7 (46.7%)	8,330a	.004
	No	14 (18.4%)	8 (53.3%)		
<b>Problemas financieros</b>	Si	23 (29.9%)	7 (46.7%)	1,612a	.204
	No	54 (70.1%)	8 (53.3%)		
<b>Apoyo emocional familiar</b>	Si	71 (92.2%)	14 (93.3%)	.023a	.880
	No	6 (7.8%)	1 (6.7%)		
<b>Pareja/cónyuge</b>	Si	69 (89.6%)	11 (73.3%)	2,933a	.087
	No	8 (10.4%)	4 (26.7%)		
<b>Bajo nivel socioeconómico</b>	Si	20 (26%)	4 (26.7%)	.003a	.955
	No	57 (74%)	11 (73.3%)		
<b>Embarazo planeado</b>	Si	57 (74%)	5 (33.3%)	9,460a	.002
	No	20 (26%)	10 (66.7%)		
<b>Embarazo deseado</b>	Si	76 (98.1%)	14 (93.3%)	1,701a	.192
	No	1 (1.3%)	1 (6.7%)		
<b>Múltipara</b>	Si	53 (68.8%)	11 (73.3%)	.120a	.729
	No	24 (31.2%)	4 (26.7%)		
<b>Historia previa de depresión</b>	Si	20 (26%)	4 (26.7%)	.003a	.955
	No	57 (74%)	11 (73.3%)		

\*RPM: Representaciones Prenatales Maternas.

\*CRM: Calidad de las Representaciones Maternas.

Para la subescala IP podemos observar en la tabla 11 que el grupo de mujeres con una intensidad de la preocupación (IP) adecuada y el grupo con una baja intensidad de la preocupación, no presentan diferencia significativa entre ambos al comparar la presencia de todos los factores psicosociales de riesgo que se incluyeron en este estudio.

**Tabla 11. Factores psicosociales en mujeres con IP adecuada y de baja intensidad (Subescala de RPM)**

		Subescala IP		Valor X <sup>2</sup>	p
		Adecuada	Baja intensidad		
<b>Apoyo/satisfacción de pareja</b>	Si	59 (81.9%)	16 (80%)	,039a	.843
	No	13 (18.1%)	4 (20%)		
<b>Apoyo funcional de familia y amigos</b>	Si	57 (80.3%)	12 (60%)	3,502a	.061
	No	14 (19.7%)	8 (40%)		
<b>Problemas financieros</b>	Si	23 (31.9%)	7 (35%)	,066a	.797
	No	49 (68.1%)	13 (65%)		
<b>Apoyo emocional familiar</b>	Si	67 (93.1%)	18 (90%)	,208a	.648
	No	5 (6.9%)	2 (10%)		
<b>Pareja/cónyuge</b>	Si	63 (87.5%)	17 (85%)	,086a	.769
	No	9 (12.5%)	3 (15%)		
<b>Bajo nivel socioeconómico</b>	Si	19 (26.4%)	5 (25%)	,016a	.900
	No	53 (73.6%)	15 (75%)		
<b>Embarazo planeado</b>	Si	49 (68.1%)	13 (65%)	,066a	.797
	No	23 (31.9%)	7 (35%)		
<b>Embarazo deseado</b>	Si	71 (98.6%)	19 (95%)	,960a	.327
	No	1 (1.4%)	1 (5%)		
<b>Múltipara</b>	Si	52 (72.2%)	12 (60%)	1,104a	.293
	No	20 (27.8%)	8 (40%)		
<b>Historia previa de depresión</b>	Si	19 (26.4%)	5 (25%)	,016a	.900
	No	53 (73.6%)	15 (75%)		

\*RPM: Representaciones Prenatales Maternas.

\*IP: Intensidad de la Preocupación.

## **Capítulo VI DISCUSIÓN**

El objetivo de la tesis fue conocer la influencia de síntomas depresivos y de factores psicosociales de riesgo en la calidad de las RPM durante el tercer trimestre gestacional. Para ello se analizó el resultado de instrumentos clinimétricos que evaluaron estas variables.

El análisis de los resultados se reportaron en seis aspectos: características de la muestra, factores psicosociales, síntomas depresivos, calidad de las RPM, asociación entre sintomatología depresiva y la calidad de las RPM y asociación entre los factores psicosociales asociados a la depresión y a la calidad de las RPM; por lo que en este capítulo se discutirán estos hallazgos bajo la misma estructura.

### **1. Características de la muestra**

La muestra estuvo conformada por 92 mujeres en el tercer trimestre gestacional. En esta muestra se pudo observar que la edad promedio fue de 23 años (DS 5.287), la mayoría de éstas mujeres habían cursado hasta la secundaria (63%) y el 85. 9% son amas de casa. En cuanto al embarazo la mayoría cursa un embarazo subsecuente (67.3%) y el 32.6% de los embarazos no fueron planeados; lo que pone en relieve que la mayoría de estas mujeres posiblemente está al cuidado de hijos pequeños y a cargo del hogar, aumentando el nivel de estrés desde una edad más corta, lo cual se ha asociado a mayor riesgo de interrupción escolar (Guttmacher Institute, 2006), de depresión (Eshbaugh, 2007) y por lo tanto a una falta de adherencia a los cuidados prenatales (Flynn, et al., 2004).

### **2. Factores psicosociales**

Los factores psicosociales de riesgo fueron evaluados a través del PDPI-R; a continuación discutiremos los resultados de cada factor y subescala.

Entre los resultados encontrados llama la atención que aunque en este Hospital la

población que acude es considerada en su mayoría de bajo nivel socioeconómico, en el PDPI la mayoría de las mujeres se perciben de un status socioeconómico de medio a alto (73.9%), lo cual es consistente con la subescala de dicho instrumento que evalúa problemas financieros, donde el 67.4% de las mujeres niegan tenerlos. Sin embargo, no fue posible corroborar este dato con un reporte más específico del ingreso económico en el hogar de estas mujeres; por lo que es posible que exista un sesgo respecto a esta información y a su asociación con las RPM.

La falta de pareja ha sido descrito como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión prenatal y de DPP (Almanza-Muñoz, et al., 2011; Lara et al., 2006; Navarrete et al., 2012) reportando que del 14% al 16% de las embarazadas no cuentan con pareja en el embarazo (Lara et al., 2006; Navarrete et al., 2012) lo cual es comparable con la cifra observada en este estudio (13%).

Otro de los factores evaluados fue depresión prenatal, donde el 35.9% de las mujeres respondieron haberse sentido deprimidas en algún momento del embarazo que al compararlo con el resultado de la EPDS este último es mucho menor (10.9%), lo cual puede explicarse por que se limita al tercer trimestre gestacional y es resultado de un instrumento específico que se utiliza como tamizaje para depresión (Ortega et al., 2001; Gaynes et al., 2005; Glover, 2014). Asimismo el 26.1% reportó haber presentado depresión previa, lo que aumenta considerablemente el riesgo de presentar un episodio depresivo posterior a lo largo de la vida (Bromberger, Schott, Kravitz, Joffe, 2014).

El porcentaje de mujeres que reportó haberse sentido ansiosas en algún momento del embarazo fue de 22.8% y aunque no se utilizó un instrumento específico para evaluar sintomatología ansiosa, Navarrete, Lara-Cantú, Navarro, Gómez & Morales (2012) encontraron recientemente que síntomas de ansiedad prenatal son un factor predictivo para presentar síntomas depresivos en el postparto, por lo que será importante detectarlos en la etapa prenatal e implementar medidas de prevención temprana para evitar las consecuencias descritas de la depresión, la ansiedad y el estrés para la madre, el bebé y la familia (Glover, 2014).

Se ha descrito que el embarazo no planeado y no deseado son factores de riesgo para depresión prenatal y de DPP (Ocampo-Ortega et al., 2007; Almanza-Muñoz, et al., 2011); aunque en esta muestra el embarazo no deseado sólo fue reportado por dos mujeres; el embarazo no planeado fue significativamente mayor (32.6%), lo que explica parte de la fuerte correlación

encontrada entre la calificación global del PDPI-R y la EPDS; sin embargo, no se analizó este factor de manera independiente en asociación con síntomas depresivos ya que no era parte de los objetivos de este trabajo.

Otro factor de riesgo que ha sido estudiado en embarazadas y en el postparto es el apoyo social, incluyendo el apoyo familiar y de pareja (Ocampo-Ortega et al. 2007; Lara et al., 2006). Comparando los resultados de este trabajo con los reportados en la literatura encontramos diferencias significativas en la prevalencia de apoyo social en población mexicana: Lara, et al., (2006) reportó en una muestra de 300 embarazadas que el 12.3% refiere no tener apoyo social emocional y 16.3% apoyo social funcional, a diferencia de este estudio que reporta 7.6% y 24.2% respectivamente. Este dato es importante puesto que la falta de apoyo social se asocia con síntomas de depresión y de ansiedad en el postparto (Navarrete et al., 2012).

### **3. Síntomas Depresivos**

Los síntomas depresivos ( $EPDS \geq 14$ ) se observaron en 10.9% de la muestra, cifra menor a la encontrada en otros estudios en México que reportan cifras que varían desde 16.6 hasta 30.7% (Ortega et al, 2001; Lara et al., 2006; Lara, Navarrete, Nieto, Barba, Navarro, Lara-Tapia, en prensa). Esto puede explicarse por varios motivos; entre ellos está el tamaño de la muestra que es más pequeño ( $N=92$ ), ya que en este estudio la prevalencia de síntomas depresivos no era el objetivo principal; el empleo de diferentes escalas, ya que Lara et al. (2006) reportaron 30.7% utilizando el Centre for the Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y recientemente Lara et al. (en prensa) reportó 16.6% (IC: 11.5-21.7) utilizando el Patient Health Questionnaire (PHQ- 9- Spitzer, Kroenke and Williams, 1999). Otro aspecto es el diferente punto de corte del instrumento empleado, puesto que en otros estudios donde se utilizó la EPDS manejaron puntos de corte de  $\geq 13$  y  $\geq 12$  reportando cifras de 6.7% y 21.7% respectivamente (Ceballos-Martínez, Sandoval-Jurado, Jaimes-Mundo, Medina-Peralta, Madera-Gamboa, Fernández-Arias, 2010; Ortega et al., 2001).

En la misma línea, llama la atención que del porcentaje total de pacientes referidas a Psiquiatría (17.4%) para evaluación y manejo de síntomas depresivos ( $EPDS \geq 14$  y/o sintomatología depresiva por clínica), el 6.5% arrojó menos de 14 puntos en la EPDS, lo que soporta este dato y el porcentaje inferior de síntomas depresivos reportado en esta muestra a

diferencia de otros estudios. Quizá el punto de corte de la EPDS ( $\geq 14$ ) fue alto para la población estudiada, ya que las mujeres con un punto de corte menor que fueron referidas para tratamiento tuvieron entre 10 y 12 puntos en la EPDS.

#### **4. Calidad de las RPM**

Se reportó una baja calidad en las RPM en el 19.6% de las embarazadas, lo cual es consistente con otras investigaciones, como lo vemos en población chilena donde Ossa et al. (2012) reporta una baja calidad en el 24.3% de las embarazadas.

Respecto a las subescalas de la RPM, en la CRM se encontró una baja cualidad con un porcentaje de 16.3% y en la subescala IP, que evalúa la intensidad de la preocupación fue de 21.7%. Es posible que la subescala que evalúa la intensidad de la preocupación influya en que se reporte una baja calidad de las RPM, lo que sugiere que aunque las madres presenten una baja calidad en la calificación global de las RPM reportan sentimientos de cercanía, ternura y deseo por el bebé (CRM adecuada), pero pasan menos tiempo pensando en él (IP de baja intensidad) y por lo tanto en experimentar los afectos asociados. Esto último es frecuente observarlo en las mujeres multíparas que están con más carga en el cuidado de sus otros hijos pequeños y con labores del hogar, así como las mujeres que encuentran la experiencia afectiva como amenazadora (ej. abortos previos) y que evitan pensar en el bebé por los sentimientos de miedo y angustia que se generan (Condon, 1993). Es en estos casos en que las madres entran en el estilo de RPM de “distanciamiento positivo” que en esta muestra se reporta del 14.1%.

La importancia de las RPM tiene lugar ya que la calidad de las mismas son un buen predictor del apego que habrá entre la madre y el bebé (Dayton et al., 2010; Siddiqui & Hagglof, 2000), Asimismo las RPM son un fenómeno que ha sido poco estudiado y el presente estudio es el primero en su tipo en población mexicana.

#### **5. Asociación entre sintomatología depresiva y la calidad de las RPM**

Conocer la relación entre síntomas depresivos y RPM de baja calidad fue el principal objetivo de este estudio, donde encontramos una correlación de  $-.418$  ( $p= .0001$ ) en la calificación global. Este dato corrobora lo encontrado en la literatura internacional, como lo

reportan Condon & Corkindale (1997) en Australia, Lindgren (2001) en América y Ossa et al., (2012) en Chile; así como McFarland et al. (2011) en aquellas mujeres diagnosticadas clínicamente con Trastorno Depresivo Mayor en población norteamericana. Es importante el resultado obtenido en este estudio ya que se ha descrito que síntomas depresivos durante el tercer trimestre gestacional se asociaron a una baja calidad en la relación que la madre establece con su bebé en el postparto (Perry et al., 2011);

Aunque en las escasas publicaciones que hay sobre la relación entre RPM y depresión prenatal los resultados han sido inconsistentes y la naturaleza de la asociación permanece poco clara debido a problemas en la metodología (McFarland et al., 2011), por lo que se deberán realizar estudios longitudinales que incluyan una detallada evaluación clínica para el diagnóstico de depresión así como de las RPM en los diferentes trimestres gestacionales y la calidad del apego en el postparto.

## **6. Asociación entre factores psicosociales y la calidad de las RPM**

Se encontró una moderada correlación, aunque significativa, entre la calificación del PDPI-R y la calidad de las RPM ( $r = -.312$ ,  $p = .002$ ) y la subescala CRM ( $r = -.374$ ,  $p < .0001$ ), lo cual sugiere que a mayor riesgo de depresión prenatal y DPP, menor es la calidad de las RPM y de la CRM; sin embargo, hasta el momento no existen artículos que utilicen el PDPI-R para comparar estos los resultados.

A diferencia de lo reportado en otros estudios sobre la asociación de factores psicosociales aislados -que componen la escala PDPI-R- y la calidad de las RPM (Ossa et al., 2012), en este estudio encontramos pocas y bajas correlaciones significativas entre las diferentes variables. Se encontró una baja correlación pero significativa entre apoyo/satisfacción de pareja y una baja calidad de las RPM ( $r = -.252$ ,  $p = .015$ ), y una asociación con falta de apoyo funcional de familia y amigos ( $X^2 = 12.053$ ,  $p = .001$ ) y con problemas financieros ( $X^2 = 5.362$ ,  $p = .021$ ), lo cual es importante ya que el bajo apoyo social, la insatisfacción de pareja y los problemas económicos son señalados por la literatura como factores que predicen la DPP (Almanza-Muñoz, et al., 2011; Lara et al., 2006; Navarrete et al., 2012). Además se ha demostrado que estos factores son capaces de generar altos índices de estrés en la mujer, y con lo encontrado en este trabajo también parecen tener un peso importante sobre la calidad de las RPM.

Respecto a las limitaciones de este estudio es posible que el resultado que observamos en cuanto a la falta de correlación y de asociación de factores psicosociales y la calidad de las RPM sea diferente si utilizamos otros instrumentos más específicos para la evaluación de cada factor de riesgo, así como una muestra de mayor tamaño. Asimismo, la medición de las RPM ha sido un tema controversial ya que se basa en las fantasías de la relación de la madre con su bebé no nacido, en vez de la observación de la relación madre-bebé, por lo que la falta de parámetros, categorías y puntos de corte de la MAAS no provee un sentido de la distribución esperada, lo que limita la interpretación del significado clínico de los resultados. Al respecto se sugieren incluir en investigaciones futuras instrumentos de autoreporte adicionales, entrevistas y observación de la conducta en muestras diversas de embarazadas para la evaluación de las RPM.



## **Capítulo VII**

### **CONCLUSIÓN**

El 10.9% de mujeres embarazadas presenta síntomas de depresión y el 19.6% RPM de baja calidad. Los síntomas depresivos durante las últimas etapas del embarazo se asocian significativamente con las RPM baja calidad. También se observó una asociación entre los factores psicosociales de riesgo para depresión perinatal con la calidad de las RPM y en particular, el apoyo/satisfacción de pareja, el apoyo funcional de familia y amigos y los problemas financieros se asocian a una baja calidad en las RPM. Estos hallazgos muestran que un porcentaje importante de mujeres se encuentran con mayor vulnerabilidad. Además las RPM son un fenómeno que ha sido poco estudiado y el presente estudio es el primero en su tipo en población mexicana.

Algunas implicaciones de los resultados de este estudio son:

- 1) Los síntomas depresivos tienen consecuencias negativas tales como: malos hábitos de alimentación de la madre, falta de adherencia a los cuidados prenatales, mayor riesgo de consumo de sustancias durante el embarazo, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer, resultados adversos en cuanto al desarrollo neurológico del bebé, mayor riesgo de DPP y de trastornos del estado de ánimo a largo plazo, entre otros, como RPM de baja calidad.
- 2) La baja calidad en las RPM en sí mismas pueden tener un impacto negativo en el desarrollo de la relación de la madre con su bebé por nacer y en el apego en el posparto, lo que a su vez tiene implicaciones para el desarrollo cognitivo, emocional y social del bebé, en caso de asociarse con la calidad de la relación madre-hijo y en la sensibilidad de ésta para captar y responder a las manifestaciones de apego del bebé.
- 3) El bajo apoyo social, la insatisfacción de pareja y los problemas económicos son factores que predicen la DPP y parecen tener un peso importante sobre la calidad de las RPM, además de tener implicaciones en la salud mental de la mujer al generar altos índices de estrés.

A pesar de que la calidad de las RPM son un buen predictor del apego que habrá entre la madre y el bebé, existen otros factores que también pueden influir en éste, como lo son, los patrones inherentes de apego que el adulto trae de su entorno familiar, y especialmente de su propia madre. Esta situación no fue investigada en este trabajo pero nos deja una importante área en estudios futuros. Debido al impacto en la cualidad de la relación que se establece entre el bebé y la madre en el posparto deben incluirse en el control prenatal y en el posparto instrumentos clinimétricos orientados a identificar mujeres que presentan depresión o que están en riesgo de padecerla. Será importante realizar estudios longitudinales (pre y posnatales) sobre la calidad de las RPM, así como utilizar diferentes formas de evaluación que incluyan escalas, entrevistas y observación de la conducta materna para obtener resultados más significativos que clarifiquen el papel de las RPM en el embarazo.

## Capítulo VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E.K., Gunnar, M.R., Tanaka, A., (2004). Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behaviour: mediator and moderator models. *Child Development*, 75, 110–122.
- Ainsworth, M.D., Salter. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Alhusen, J. L. (2008). A Literature Update On Maternal-Fetal Attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328.
- Almanza-Muñoz, J. J., Salas-Cruz, C. L., & Olivares-Morales, A. S. (2011). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Revista de Sanidad Militar*, 63(3), 78-86.
- Austin, M. (2004). Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: where to from here?. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 1-6.
- Beck, C. (1996). A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*, 45, 297-303.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. & Einarson, T. R. (2004). Depression during Pregnancy: Overview of Clinical Factors. *Clinical Drug Investigation*, 24(3), 157–179.
- Borges, G., Wang, P., Medina-Mora, M., Lara, C., & Chiu, W. (2007). Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*, 97(9), 1638-1643.
- Bowlby, J. (1969). Vol. 1: Attachment. *Attachment and loss* (pp. 240-245). London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bromberger, J.T., Schott, L., Kravitz, H.M., Joffe, H. (2014). Risk factors for major depression during midlife among a community sample of women with and without prior major depression: are they the same or different? *Journal of Psychological Medicine*, 24, 1-12.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E., & Saldivar, G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 22, 62-67.
- Cardwell, M. S. (2013). Stress: pregnancy considerations. *Obstetrical and Gynecological*

*Survey*, 68, 119-29.

Ceballos-Martínez, I., Sandoval-Jurado, L., Jaimes-Mundo, E., Medina-Peralta, G., Madera-Gamboa, J., Fernández-Arias, Y.F. (2010). Depresión durante el embarazo.

Epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 48(1), 71-74.

Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167-183.

Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.

Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L., & Molteno, C. (1999). Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 554-558.

Cranley, M. S. (1981). Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.

Dayton, C., Levendosky, A., Davidson, W., & Bogat, G. (2010). The child as held in the mind of the mothers: The influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 220-41.

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4th ed., p. 345). (2000).

Trastornos del estado de ánimo. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Dipietro, J., Costigan, K., & Sipsma, H. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 115-124.

Eshbaugh, E.M. (2007). Adolescent Mothers and Depression: Predictors of Resilience and Risk Through the Toddler Years. *Journal of Family Social Work*, 10(3), 13-29.

Espíndola, J. G., Morales, F., Mota, C., Díaz, E., Meza, P., Rodríguez, L. (2004). Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18(3): 179-86.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after child birth. *British Medical Journal*, 323(7307), 257-260.

Flynn, H. A., Davis, M., Marcus, S. M., Cunningham, R., & Blow, F. C. (2004). Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 316-322.

- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, B., Brody, S., & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, 119, 1-8.
- Glover, V. (2011). Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 356-367.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28, 25–35.
- Grace, J. T. (1989). Development of Maternal-Fetal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*, 38(4), 228-232.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012-1024.
- Guttmacher Institute, 2006. Early Childbearing in Guatemala: A continuing Challenge.
- Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), 329-337.
- Ibanez, G., Charles, M., Forhan, A., Magnin, G., Thiebaugeorges, O., Kaminski, M., et al. (2012). Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother–child cohort. *Early Human Development*, 88(8), 643-649.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2006). ¿En qué usan el tiempo las mujeres y los hombres de México?. Mexico. 19-7-2011.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D.G., Nelson, C.B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence\* 1. *Journal of Affective Disorders*, 29(2–3), 85–96.
- Khashan, A. S., Wicks, S., Dalman, C., Henriksen, T. B., Li, J., Mortensen, P. B., et al. (2012). Prenatal Stress and Risk of Asthma Hospitalization in the Offspring: A Swedish Population-Based Study. *Psychosomatic Medicine*, 74(6), 635-641.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, M., Almanza, J., Morales, F., & Juárez, F.

- (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 55-62.
- Lara, M.A., Navarrete, L., Nieto, L., Barba, M.J.P., Navarro, J.L. Lara-Tapia, H. Prevalence and Incidence of Perinatal Depression and Depressive Symptoms among Mexican Women, *Journal of Affective Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>.
- Lee, D. T., Yip, S. K., Chiu, H. F., Leung, T. Y., Chan, K. P., Chau, I. O., et al. (1998). Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 172(5), 433-437.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genet Psychol Monogr*, 95, 55-96.
- Leifer, M. (1980). Psychological effects of motherhood. New York: Prager.
- Lindahl, V., Pearson, J., & Colpe, L. (2005). Prevalence Of Suicidality During Pregnancy And The Postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 77-87.
- Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy (2001). *Research in Nursing & Health*, 24, 203–217.
- Ludermir, A.B., Schraiber, L.B., D'Oliveira, A.F.P.L., Franca-Junior, I., Jansen, H.A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66, 1008–1018.
- Lumley, J. (1980). The Image of the Fetus in the First Trimester. *Birth*, 7(1), 5-14.
- Lumley, J. M. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 18(2), 106-109.
- Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. (2012). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Marcus, S., Kaciroti, N., Volling, B., Gahagan, S., Neal, C. R., Flynn, H., et al. (2011). Depressive symptoms during pregnancy: Impact on neuroendocrine and neonatal outcomes. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 26-34.
- McFarland, J., Salisbury, A. L., Battle, C. L., Hawes, K., Halloran, K., & Lester, B. M. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 425-434.
- McLearn, K., Minkovitz, C., Strobino, D., Marks, E., & Hou, W. (2006). Maternal Depressive Symptoms At 2 To 4 Months Post Partum And Early Parenting Practices. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 279-284.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors

associated with persistent postnatal depression: Past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, 15-24.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry*, 190 (6), 521–528.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J. (2005a). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35 (12), 1773–1783.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., Fleiz, C. (2005b). Prevalence of violent events and post-traumatic stress disorder in the Mexican population. *Salud Pública de México*, 47 (1), 8 –22.

Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R., Jackson, C., ... Thorp, J. (2013). A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(211), 1-7.

Mercer, R.T., Ferketich, S., May, K., DeJoseph, J., Sollid, D., (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing and Health* 11, 83–95.

Mikhail, M. S., Freda, M. C., Merkatz, R. B., Polizzotto, R., Mazloom, E., & Merkatz, I. R. (1991). The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165(4), 988-991.

Milgrom, J., Gemmill, A., Bilszta, J., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... Buist, A. (2008). Antenatal Risk Factors For Postnatal Depression: A Large Prospective Study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157

Muller, M.E., (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *West Journal of Nursing Research*, 15, 199–215.

Muller, M.E., (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25, 161–166.

Natera, G., Juárez, F., Medina-Mora, M.E., Tiburcio, M. (2007). Depression, partner violence, and alcohol consumption by women in Mexico. *Revista Mexicana de Psicología*, 24, 165–173.

Navarrete, L.E., Lara-Cantú, M.A., Navarro, C., Gómez, M.E., Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas

- depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*, 64(6), 625-633.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Ocampo-Ortega, R., Heinze-Martin, G., & Ontiveros-Urbe, M. P. (2007). Detección de depresión posparto en el instituto nacional de perinatología. *Psiquiatria*, 23(3), 18-22.
- OMS. Salud de la mujer. Nota descriptiva N°334. Noviembre de 2009. Organización Mundial de la Salud.
- Oquendo, M., Lartigue, T., González-Pacheco, I., & Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatologia y Reproduccion Humana*, 22(3), 195-202.
- Ortega, L., Lartigue, T., Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*, 15(1), 11-20.
- Ossa, X., Bustos, L., & Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28(5), 689-696.
- Paulson, J., & Bazemore, S. (2010). Prenatal And Postpartum Depression In Fathers And Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 1961-1969.
- Paulson, J., Dauber, S., & Leiferman, J. (2006). Individual And Combined Effects Of Postpartum Depression In Mothers And Fathers On Parenting Behavior. *Pediatrics*, 118, 659-668.
- Perry, D. F., Ettinger, A. K., Mendelson, T., & Le, H. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 339-350.
- Piccinelli, M., Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (6), 486–492.
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. 2012. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Affective Disorders Journal*, 138 (1-2), 165-169.
- Records, K., Rice, MJ, & Beck, C.T. (2007). Psychometric assessment of the PDPI-R. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 189-202.
- Righetti, P. L., Dell'avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96(1), 129-137.
- Saastad, E., Israel, P., Ahlborg, T., Gunnes, N., & Frøen, J. F. (2011). Fetal Movement Counting-

- Effects on Maternal-Fetal Attachment: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Birth*, 38(4), 282-293.
- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., Lester, B. (2003). Maternal–fetal attachment. *Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1701.
- Schwerdtfeger, K. L., & Goff, B. S. (2007). Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother–infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 39-51.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., (2000). Does maternal prenatal attachment predict post- natal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59, 13–25.
- Talge, N. M., Neal, C., & Glover, V. (2007). Antenatal Maternal Stress And Long-term Effects On Child Neurodevelopment: How And Why?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.
- Tannous, L., Gigante, L. P., Fuchs, S. C., & Busnello, E. D. (2008). Postnatal Depression In Southern Brazil: Prevalence And Its Demographic And Socioeconomic Determinants. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-8.
- Thoppil, J., Riutcel, T. L., & Nalesnik, S. W. (2004). Early intervention for perinatal depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5), 1446-1448.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(2), 102-112.
- Vandenbergh, B., Mulder, E., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal Maternal Anxiety And Stress And The Neurobehavioural Development Of The Fetus And Child: Links And Possible Mechanisms. A Review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258.
- Vega-Dienstmaier, J., & Zapata-Vega, M. I. (2007). Postpartum depression: Latin-American perspectives. In M. J. Henri (Ed.), *Trends in depression research* (pp. 125-143). New York: Nova Science Publishers.
- Walsh, J. (2010). Definition matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? *Archives Womens Mental Health*, 13, 449-451.
- Walsh, J., Hepper, E. G., Bagge, S. R., Wadehul, F., & Jomeen, J. (2013). Maternal–fetal relationships and psychological health: emerging research directions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 490-499.



## Capítulo IX

### ANEXOS

#### 1. Instrumentos Clinimétricos

##### Ficha de Identificación:

Fecha actual: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Practicante: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

##### **Antecedentes Obstétricos:**

G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ Hijos vivos: \_\_\_\_\_

Semanas de Gestación: \_\_\_\_\_

Embarazo de alto riesgo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

¿Se realizó referencia al Departamento de Psiquiatría? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Notas:

---

---

---

**Escala de Representaciones Prenatales Maternas**  
**(MAAS de Condon, 1993)**

Por favor, marca con una “X” la respuesta que mejor represente tus pensamientos y sentimientos acerca del bebé que esperas. Marca sólo una respuesta a cada pregunta.

- 1) En las últimas dos semanas he estado pensado en el bebé, o me he preocupado por él:

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Todo el tiempo     |
| <input type="checkbox"/> | Muy frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Frecuentemente     |
| <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente     |
| <input type="checkbox"/> | Nunca              |

- 2) En las últimas dos semanas, cuando he hablado o pensado en el bebé:

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No siento nada         |
| <input type="checkbox"/> | Siento pocas emociones |
| <input type="checkbox"/> | Me emociono            |
| <input type="checkbox"/> | Me emociono mucho      |
| <input type="checkbox"/> | Me emociono demasiado  |

- 3) En las últimas dos semanas mis sentimientos sobre el bebé han sido:

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Muy positivos |
| <input type="checkbox"/> | Positivos     |
| <input type="checkbox"/> | Neutrales     |
| <input type="checkbox"/> | Negativos     |
| <input type="checkbox"/> | Muy negativos |

- 4) En las dos últimas semanas, he tenido el deseo de leer o conseguir información acerca del desarrollo del bebé:

- ☐ Nunca
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Todo el tiempo

- 5) En las últimas dos semanas he estado tratando de imaginar cómo se ve el bebé:

- ☐ Todo el tiempo
- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Nunca

- 6) En las últimas dos semanas he pensado en el bebé principalmente como:

- ☐ Una personita real
- ☐ Un bebé como cualquier otro
- ☐ Un ser humano
- ☐ Un ser viviente
- ☐ Una cosa que aún no está realmente viva

- 7) En las últimas dos semanas he pensado que el bebé depende de mí para estar bien:

- ☐ Completamente
- ☐ Mucho
- ☐ Moderadamente
- ☐ Ligeramente
- ☐ Para nada depende de mí

8) En las últimas dos semanas me he encontrado a mí misma hablando con el bebé cuando estoy sola.

- ☐ Nunca
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Todo el tiempo que estoy sola

9) En las últimas dos semanas, cuando pienso o hablo acerca del bebé, mis pensamientos son:

- ☐ Siempre amorosos y tiernos
- ☐ Casi siempre amorosos y tiernos
- ☐ Una mezcla tanto de ternura como de molestia
- ☐ Casi siempre molestos
- ☐ Siempre molestos

10) La imagen que tengo de cómo se ve el bebé en esta etapa es:

- ☐ Muy clara
- ☐ Casi siempre clara
- ☐ Casi siempre vaga
- ☐ Muy vaga
- ☐ No tengo ni idea de cómo se ve

11) En las últimas dos semanas, cuando pienso en el bebé siento:

- ☐ Mucha tristeza
- ☐ Tristeza
- ☐ Tristeza y alegría
- ☐ Felicidad
- ☐ Mucha felicidad

- 12) Algunas mujeres embarazadas a veces se sienten tan irritadas o molestas con el bebé, que sienten que quieren hacerle daño:

- ☐ Nunca sentiría eso
- ☐ Creo que podría sentirme así, pero nunca me ha pasado
- ☐ Me he sentido así una o dos veces
- ☐ Me he sentido así ocasionalmente
- ☐ Me he sentido así muchas veces

- 13) En las últimas dos semanas, me he sentido:

- ☐ Muy distante del bebé
- ☐ Distante del bebé
- ☐ Sólo algunas veces cercana al bebé
- ☐ Cercana al bebé
- ☐ Muy cercana al bebé

- 14) En las últimas dos semanas he cuidado lo que como para asegurarme que el bebé esté bien alimentado:

- ☐ Nunca
- ☐ Una o dos veces
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre

- 15) La primera vez que vea al bebé cuando nazca, espero sentir:

- ☐ Mucho cariño
- ☐ Cariño
- ☐ Desagrado con una o dos cosas del bebé
- ☐ Desagrado con más de un par de cosas del bebé
- ☐ Mucho desagrado

16) Cuando nazca el bebé me gustaría cargarlo(a):

☐

Inmediatamente

☐

Después de que lo hayan envuelto en una sábana o cobija

☐

Después de que lo hayan limpiado

☐

Después de un par de horas, ya que estén las cosas más tranquilas

☐

Al día siguiente

17) En las últimas dos semanas he tenido sueños sobre el embarazo o el bebé:

☐

Nunca

☐

Una o dos veces

☐

Más de dos veces

☐

Casi todas las noches

☐

Todas las noches

18) En las últimas dos semanas me he encontrado a mí misma sintiendo o frotando mi vientre, en donde está el bebé:

☐

Muchas veces cada día

☐

Al menos una vez al día

☐

De vez en cuando

☐

Sólo una vez

☐

Nunca

19) Si en este momento perdiera al bebé (debido a un aborto involuntario o algún otro evento accidental) sin ningún tipo de dolor o daño a mí misma, esperarías sentirme:

☐

Muy contenta

☐

Contenta

☐

Neutral (es decir, ni triste ni contenta o con una mezcla de sentimientos)

☐

Triste

☐

Muy triste

**Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh**  
**(EPDS- Cox, Holden & Sagovsky, 1987)**

Marque con una “X” la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tanto como siempre |
| <input type="checkbox"/> | No tanto ahora     |
| <input type="checkbox"/> | Mucho menos        |
| <input type="checkbox"/> | No, no he podido   |

2. He mirado el futuro con placer

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tanto como siempre               |
| <input type="checkbox"/> | Algo menos de lo que solía hacer |
| <input type="checkbox"/> | Definitivamente menos            |
| <input type="checkbox"/> | No, nada                         |

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sí, la mayoría de las veces |
| <input type="checkbox"/> | Sí, algunas veces           |
| <input type="checkbox"/> | No muy a menudo             |
| <input type="checkbox"/> | No, nunca                   |

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | No, para nada |
| <input type="checkbox"/> | Casi nada     |
| <input type="checkbox"/> | Sí, a veces   |
| <input type="checkbox"/> | Sí, a menudo  |

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- |                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Sí, bastante |
| <input type="checkbox"/> | Sí, a veces  |
| <input type="checkbox"/> | No, no mucho |
| <input type="checkbox"/> | No, nada     |

6. Las cosas me oprimen o agobian

☐ Sí, la mayor parte de las veces

☐ Sí, a veces

☐ No, casi nunca

☐ No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

☐ Sí, la mayoría de las veces

☐ Sí, a veces

☐ No muy a menudo

☐ No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

☐ Sí, casi siempre

☐ Sí, bastante a menudo

☐ No muy a menudo

☐ No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

☐ Sí, casi siempre

☐ Sí, bastante a menudo

☐ Sólo en ocasiones

☐ No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

☐ Sí, bastante a menudo

☐ A veces

☐ Casi nunca

☐ No, nunca



**Inventario de Predictores de Depresión Posparto**  
**(PDPI-R de Records, Rice & Beck, 2007)**

**Versión Prenatal**

**Escoja Uno**

**Estado Civil**

Soltera..... [   ]  
Casada..... [   ]  
Separada..... [   ]  
Divorciada..... [   ]  
Viuda..... [   ]  
Convive con su compañero..... [   ]

**Nivel Socioeconómico**

Bajo..... [   ]  
Medio..... [   ]  
Alto..... [   ]

**Autoestima**

¿Se siente bien acerca de su persona?..... Sí [   ] No [   ]  
¿Se siente valiosa?..... Sí [   ] No [   ]  
¿Tiene buenas cualidades?..... Sí [   ] No [   ]

**Depresión Prenatal**

¿Se ha sentido deprimida durante su embarazo?..... Sí [   ] No [   ]

Si contestó sí,

¿Cuándo y cuánto tiempo duro?

---

¿Qué tan leve o grave fue?

---

**Ansiedad Prenatal**

¿Se ha estado sintiendo ansiosa durante su embarazo?..... Sí [   ] No [   ]

Si contestó sí,

¿Por cuánto tiempo se ha sentido de esta manera?

---

### **Embarazo no planeado/no deseado**

¿Fue el embarazo planeado?..... Sí [ ] No [ ]

¿Fue el embarazo no deseado?..... Sí [ ] No [ ]

### **Historia de Depresión**

Antes de este embarazo, ¿se ha sentido alguna vez deprimida?..... Sí [ ] No [ ]

Si contestó sí,

¿Cuándo sufrió de depresión?

---

¿Ha estado bajo el cuidado de un médico debido a esta depresión pasada?

---

¿El médico le recetó alguna medicina para su depresión?

---

### **Apoyo Social**

#### Pareja

¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de su pareja?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que puede confiar en su pareja?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que puede contar con su pareja?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su pareja?..... Sí [ ] No [ ]

(Por ejemplo, le ayuda con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

#### Familia

¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de su familia?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que puede confiar en su familia?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que puede contar con su familia?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su familia?..... Sí [ ] No [ ]

(Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

#### Amistades

¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de sus amistades?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que puede confiar en sus amistades?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que puede contar con sus amistades?..... Sí [ ] No [ ]

¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de sus amistades?..... Sí [ ] No [ ]

(Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

### **Satisfacción Matrimonial/De Pareja**

- ¿Está satisfecha con su matrimonio o con su situación de pareja?..... Sí [    ] No [    ]
- Actualmente, ¿esta teniendo problemas matrimoniales o de pareja?..... Sí [    ] No [    ]
- ¿Van bien las cosas entre usted y su pareja?..... Sí [    ] No [    ]

### **Eventos Estresantes de la Vida**

- ¿Le están pasando alguno de estos eventos estresantes en su vida?
- Problemas financieros..... Sí [    ] No [    ]
- Problemas matrimoniales..... Sí [    ] No [    ]
- Muerte de un miembro familiar..... Sí [    ] No [    ]
- Desempleo..... Sí [    ] No [    ]
- Enfermedad seria de un miembro familiar..... Sí [    ] No [    ]
- Mudarse..... Sí [    ] No [    ]
- Cambio de trabajo..... Sí [    ] No [    ]

